

## 禁煙外来治療補助金支給申請書

下記の通り「禁煙治療」を終了し、卒煙いたしましたので、領収書を添えて補助金の請求をいたします

年 月 日

被保険者証記号番号	—	会社名		
被保険者名		治療者氏名		
連絡先（勤務先・自宅・携帯）				
治療の種類	・禁煙外来治療 <span style="font-size: 2em;">[</span> 保険診療で受けた治療が補助対象です 領収書が「保険診療」であることをご確認ください <span style="font-size: 2em;">]</span>			
受診医療機関名				
禁煙外来治療期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
被保険者の自己負担治療費		円		
振込銀行口座 (被保険者名義)	銀行名	銀行	銀行コード	
	支店名	支店	支店コード(店番号)	
	口座番号	(普・当)	口座名義(カタカナ)	
1. 対象者：治療開始から終了まで資格のある被保険者及びその被扶養者 別紙の保険適用禁煙外来治療者であること 2. 補助金額：禁煙外来治療を受診し、治療が完了した者に対し自己負担金額を補助します。 ※PC やスマートフォンを活用した遠隔禁煙外来は補助の対象外となります。 ※保険診療が適用する禁煙治療は診療開始より1年を超えなければ再度行うことはできません。 ※診療報酬明細書（レセプト）で受診を確認した後に支給を決定します。 3. 添付書類：宛名が明記され、「禁煙外来治療に要した費用」であることが確認できる領収書(原本) 4. 支払日：検診補助に準ずる				

### レイズネクスト健康保険組合

支給決定伺			補助額	支給日
常務理事	事務長	係	円	