

提出先	健保組合
添付書類等	<p>※いずれも原本、宛先は個人名で取得すること</p> <p>禁煙外来受診のとき ■領収証(禁煙外来受診がわかる明細のあるもの)</p> <p>禁煙補助薬購入のとき ■購入した薬の名前がわかる領収書</p>

		受付担当
(健保組合使用欄)		
支給額		円

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

禁煙チャレンジ補助金支給申請書

私は、3か月間の継続禁煙を達成いたしましたので、下記のとおり申請いたします。

被保険者等 記号・番号	被保険者氏名
5 9 -	(フリガナ)

禁煙の方法 該当する方に☑	<input type="checkbox"/> 禁煙外来を受診 →①欄を記入 <input type="checkbox"/> 禁煙補助薬を購入 →②欄を記入
------------------	--

①禁煙外来を受診

初診日	令和 年 月 日	診療終了日	令和 年 月 日
受診医療機関			
支払金額	円		

②禁煙補助薬を購入

使用開始日	令和 年 月 日	使用終了日	令和 年 月 日
購入先			
支払金額	円		

振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	普通預金 口座番号
	銀行	支店	

《応援者記入欄》

上記申請者は、禁煙開始日から3か月間の継続禁煙を達成したことを確認しました。

応援者氏名		応援者の間柄
		家族 ・ 上司 ・ 同僚

受付日付印