

伺年月日	令和 年 月 日	決定 伺	常務理事	事務長		担当者
補助金額	¥					

禁煙治療補助金申請書

静岡鉄道健康保険組合理事長殿			
代表被保険者の		住所	
		氏名	
令和 年 月 日			
下記のとおり申請します。			
事業所名		被保険者の 記 号 番 号	-
受診者氏名		続 柄	☐ 本人 ☐ 家族
受診医療機関名		治療費自己負担額	円
禁煙外来治療 の期間	(自)	年 月 日	
	(至)	年 月 日	

確認欄 (✓をつけてください)	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
☐	

委任 状	私は、本補助金に関する受領を代理人に委任します。
	令和 年 月 日
	代表被保険者
	代理人事業所
	〃 氏名

2024.12

- (注) 1.この申請書に、受診医療機関が発行する下記の書類を添付してください。
- ①領収証や医療費明細書の原本など治療費の自己負担金額がわかる書類および
- ②「禁煙外来治療終了証明書」（写し可）など治療の終了が確認できる書類
- ※領収証などの自己負担金額を確認できる書類が添付できない場合は、健康保険組合において治療終了が確認できた後の支給となります。（治療終了から約3か月程度かかります。）
- 2.保険適用の禁煙外来治療のみ補助の対象とします。申請は年度内1回を限度とし、治療費自己負担額のうち、最大10,000円を補助します。
- 3.申請において虚偽・不正等がある場合は不支給とします。（支給後の場合は返還）
- 4.禁煙治療終了後、当健康保険組合の資格を喪失された方は振込口座をご連絡ください。
- 5.申請締切日 ： 治療終了日が属する年度の翌年度の4月10日 健保必着

受付日付印