大阪読売健康保険組合理事長殿

禁煙外来補助金申請書

■申請者（被保険者）

申請期日	西暦　　年　　月　　日			
フリガナ				
氏名				
勤務事業所 ※任意継続被保険者は記入不要				
保険証の記号・番号	記号		番号	
住所	〒　　－			
連絡先	電話	－　　－	携帯電話	－　　－

■受診者

氏名		続柄	
受診日	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
申請金額	￥　　円		

医師が証明する欄　※別に証明できる書類を添付すれば、記入不要です。

禁煙外来の治療が終了し、禁煙に成功したことを証明する。

年　　月　　日

医療機関の名称・所在地

医　師　名

■補助金振込先（被保険者名義）

銀　行		本　店 支　店 出張所	公金口座を利用する場合はチェック
普通預金	口座番号		□　公金口座

＜禁煙外来補助について＞

1．対象者は健康保険適用の禁煙治療セクションを持つ医療機関で受診した被保険者と被扶養者で禁煙に成功したものとする。

2．申請書に医師証明欄に記載あるもの、もしくは医師の証明書（文書料は補助対象外）と医療機関の領収書（原本）を添付して提出する。

3．領収書には、医療機関・薬局の次の項目の記載を必要とする。

1）受診者氏名　2）受診内容：禁煙外来　3）受診年月日　4）金額　5）金額（禁煙分明示）

6）医療機関・薬局名または医師名

4．他の傷病等と同時に受診したときは、薬剤費など禁煙治療に直接、関係する費用のみを対象とする。

5．申請書は健康保険組合に提出する。

2023年4月改定