

※禁煙プログラムが完了し、禁煙成功後に提出。

禁煙補助金支給申請書

西武健康保険組合 御中

下記のとおり申請します。

健保受付印

被保険者	保険証	記号 _ 番号	氏名	印		
	会社名		所属			
受診者	フリガナ		生年月日	昭・平	年 月 日	
	氏名		性別	男・女	続柄	
振込先 (いずれかを記入)	ゆうちょ銀行	通帳記号番号	記号 _ 番号	銀行・金庫・農協	銀行・金庫・農協	
		貯金者名(カナ)			支店・本店	
	※金融機関の種類・本支店・口座種類はいずれかに○				普通・当座	
					口座番号	
					口座名義(カナ)	
参加内容	利用したものに○	プログラム内容				
		禁煙外来				
		禁煙支援アプリ (ニコチンパッチ使用 自己負担額4,800円)				
		禁煙支援アプリ (ニコチンパッチ未使用 自己負担額3,500円)				
禁煙外来の場合に記入	通院1回目(診察+薬剤)			円		
	通院2回目(診察+薬剤)			円		
	通院3回目(診察+薬剤)			円		
	通院4回目(診察+薬剤)			円		
	通院5回目(診察+薬剤)			円		
領収書合計金額				円		

- ・禁煙成功後、必要事項を全てご記入のうえ、会社担当者経由でご提出ください。
- ・「禁煙推進キャンペーン参加申込書」を提出されている方のみ、申請ができます。
- ・禁煙外来を受けた方は、全ての領収書(原本)と「卒煙証明書」(コピー可)または「禁煙外来治療証明書」を添付してください。
- ・2021年3月15日までに補助金の申請を行ってください。
- ・任意継続の方は健保へご登録済みのゆうちょ口座をご利用ください。
- ・被保険者(本人)名義の口座をご指定ください。

〒359-0037 埼玉県所沢市くすのき台1-11-1

西武健康保険組合

TEL 04-2926-3876 FAX 04-2926-3878

会社承認欄

健保使用欄				
常務理事	事務長	課長		取扱者