

※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。

被保険者	保険証	記号 — 番号	氏名			
	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	
銀行・金庫・農協	金融機関名	銀行・金庫・農協 ( )	参加内容	利用したものに○	プログラム内容	
	支店名	支店・本店・出張所 ( )			ニコチンパッチ使用 / 自己負担額5,280円	
	預金種別	普通・当座・( )			ニコチンパッチ不使用 / 自己負担額3,850円	
	口座番号					
	口座名義	(カタカナ)				

↑  
被保険者名義の口座をご指定ください。  
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、  
記号・番号(13桁)ではなく、  
振込用の店名(漢字3文字)・預金種別・  
口座番号をご記入ください。

- ・ **申請期限 : 2023年4月14日(金)まで (西武健保必着)**
- ・ 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。
- ・ 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。

健保受付印

〒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