

※禁煙サポート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			
申 込 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	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 ( )		禁煙外来		
	預金種別	普通・当座・( )		※通院時の費用もご記入ください。		
	口座番号			禁煙アプリ(ニコチンパッチ使用 / 自己負担額5,280円)		
	口座名義	(カカナ)		禁煙アプリ(ニコチンパッチ不使用 / 自己負担額3,850円)		
↑ 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。			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	

### 《注意事項》

- ・申請期限：2024年3月15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。
- ・「禁煙サポートプログラム」に参加されている方のみ、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。
- ・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

会社承認欄

〒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

健保使用欄				
常務理事	事務長	課長		取扱者