※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	記号　　番号 ー		会社名			
	氏　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	利用したものに〇	プログラム内容
	支店名	支店・本店・出張所 （　　）			禁煙外来 ※診察費もご記入ください。
	預金種別	普通 ・ 当座 ・（　　）			
	口座番号				禁煙アプリ ニコチンパッチ使用 / 自己負担額5,500円
	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。

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》

・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。

（任意継続の方は直接、西武健康保険組合まで郵送してください。）

・「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。

・被保険者（本人）名義の口座をご指定ください。

・禁煙成功時点で西武健保の資格を喪失している方は補助金の支給対象外になります。

・所属会社で禁煙外来の補助を受ける場合はお申込みできません

事業所担当者	

〒359-0037　埼玉県所沢市くすのき台一丁目11番地の1
西武健康保険組合
kenpo-somu@seibu-group.co.jp

健保使用欄				
常務理事	事務長	課長		取扱者