

| | | | | | | | |
|---------|-----|----------|---|------|--|-----------|--|
| 支払決定年月日 | | 平成 年 月 日 | | 決定金額 | | 治療年月日 | |
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 | | | 自平成 年 月 日 | |
| | | | | | | 至平成 年 月 日 | |
| | | | | 備考 | | | |

禁煙治療費補助金請求書

下記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

□□□-□□□□

住所
被保険者 氏名

Ⓜ

神戸貿易健康保険組合理事長 様

| | | | | |
|--------------------|--|------|----------|----|
| 健康保険被保険者証 | 記号 | 番号 | | |
| 被保険者 | 氏名 | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | 平成 |
| 治療年月日 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで | | | |
| 治療を受けた病院等 | 所在地 | | | |
| | 名称 | | | |
| 該当する治療内容 □に✓を記入 | <input type="checkbox"/> 標準禁煙治療プログラムを受診(初回診察・初回診察から2・4・8・12週間後の計5回) <input type="checkbox"/> 上記診療により処方されたニコチンパッチ等の禁煙補助薬の服用 <input type="checkbox"/> その他() | | | |

| | | | | |
|---------|-------|--|------|---------|
| 振込先指定口座 | 銀行 支店 | | 預金種別 | 普通 ・ 当座 |
| | | | フリガナ | |
| | 口座番号 | | 口座名義 | |

補助金申請にあたっての注意事項です。必ずお読みください。

- 禁煙治療費補助金は、禁煙治療を行っている保険医療機関において健康保険適用の標準禁煙治療プログラムを終了し、補助金申請時に禁煙に成功している被保険者が対象になりますので、確認署名をお願いいたします。

『補助金申請時現在禁煙中です。』

| | |
|------|--|
| 被保険者 | |
| 確認署名 | |

- 健康保険適用の禁煙治療に該当するかは、喫煙状況やニコチン依存症のスクリーニングテスト等を医療機関で行いますがまずはインターネット等でご自身の症状が該当するかをご確認のうえ、医療機関への受診をお願いいたします。
- 補助金の額は、診療・投薬の保険診療における自己負担額に対して上限1万円となります。
- 標準禁煙治療プログラムにおいての中途離脱や市販のニコチンガム購入は補助金の対象となりません。

補助金申請にあたっての必要書類です。必ずこの「禁煙治療費補助金請求書」に添付しご提出ください。

- ① 保険医療機関・調剤薬局の領収書原本
- ② 禁煙宣言書のコピー