**禁煙プログラム達成者費用補助請求書**

令和　　　年　　　月　　　日

東日本電線工業健康保険組合　殿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の | 記　号 |  | 被　保　険者　氏　名 | ふりがな |
|  |
| 番　号 |  |
| 被保険者の住所 | 〒 | 電話（　　） |
| 事業所名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受 診 医 療機関名 |  | 電話（　　　） |
| 禁 煙 外 来治 療 期 間 | 自：令和　　年　　　月　　　日至：令和　　年　　　月　　　日 | 診療回数 | 　　　　　　回 |
| 保険診療で治療を受けましたか | 　　　は　　い　　　・　　　　いいえ |
| 支 払 総 額 | 円　 | 請 求 金 額 | 円　 |
| 添 付 書 類および注 意 事 項 | 保険医療機関で発行された全５回分の領収書（写）をこの枠内に添付してください。（注意事項）１．補助対象者は、保険診療で禁煙外来治療を受け、全５回の治療を終了した被保険者に限ります。２．対象期間は通年となりますので、診療終了後、事業所を経由して申請してください。（ただし、申請は年度内１度に限る。）３．支払総額は、本人負担分の全５回の合計を記入してください。４．請求金額は１０，０００円（支払総額が１０，０００円に満たない場合は実費）をご記入ください。５．自由診療による治療は対象外です。 |

◎送金は事業所宛にいたしますので、必ず委任欄を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受　領委任欄 | 本請求に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。 |
| 代理人氏名 |  | 被保険者(請求者)氏名 | 　 |