**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 | 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 |  |