

日本旅行健康保険組合 禁煙チャレンジキャンペーン補助金申請書

《請求に際しての注意事項》

①補助の対象は、被保険者本人で、事前申し込みを行い、かつ補助金申請時に被保険者であることが条件となります。

②禁煙治療を完了した方のみ補助の対象となります。

③個人で購入した、ニコチンパッチ、ニコチンガムなどは補助の対象になりません。

④本請求書に禁煙治療の「領収書」の原本全て(受診者宛名必須)及び「医療費明細書」(コピー可)を添付してください。

⑤治療から補助金請求までは、同一年度に限りです。(年度またがりの請求は出来ません)

毎月月末(最終平日)締切

補助金の支払は、受付月の翌月の給与払い(任意継続者は指定の銀行口座振込み)となります。

被保険者証の記号と番号	記号	番号	
フリガナ			所属箇所名
被保険者氏名			電話

禁煙治療対象者

対象者名	続柄	本人	生年月日	明大 昭平	年	月	日	才
------	----	----	------	----------	---	---	---	---

治療の内容について

医療機関	名称								
	所在地	都道府県	市区町村	禁煙チャレンジキャンペーン参加申込日	月	日			
初回診察日	平成	年	月	日	最終診察日	平成	年	月	日

日本旅行健康保険組合 理事長 殿

上記の通り補助金の申請をします。

平成 年 月 日

被保険者氏名 _____ 印

※任意継続被保険者の方等の場合で給与振込みのない方は下記をご記入下さい。
上記以外の方は原則給与で支給します。

銀行名	銀行信用金庫	支店
口座の種別	普通・当座	口座番号
(フリガナ) 口座名義	連絡先電話番号	

組合受付印

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

※下記の記入欄は記入不要です。

伺年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	総務課長	担当者
振込依頼日	平成 年 月 日				
健康保険の適否	<input type="checkbox"/> 健康保険適用 <input type="checkbox"/> 健康保険適用外	資格	得	年 月 日	
支払方法	<input type="checkbox"/> 月給与にて支払 <input type="checkbox"/> / 指定口座振込		喪	平成 年 月 日	
支払決定額	円		被扶養者台帳照合印		