

禁煙外来治療補助金支給申請書（被保険者）

オカモト健康保険組合殿

下記の通り、卒煙いたしましたので、領収証を添えて、補助金を申請いたします。

給付No.					
事業所名称					
記号		被保険者氏名		⑨	
番号					
受診医療機関名(病院名)					
禁煙外来治療期間		初診日	年	月	日
		終了日	年	月	日
		診療回数	回		
受診医療機関で支払った自己負担額合計		円			
添付書類について	◆初診日から終了日までに支払った <u>全ての領収書・明細書原本</u> （注） （提出の際は、申請書の裏面に貼り付けてください。） （注）領収書・明細書に次の内容が記載されていることが必須です。不足がある場合は医療機関へ申出て記載いただくよう依頼をしてください ・医療機関名 ・被保険者(受診者)の氏名 ・受診年月日(領収日) ・金額 ・受診内容:禁煙外来受診であることが分かること				

本申請に基づく補助金の受領を	に委任します。	年	月	日
被保険者の氏名と印			印	
さんは 年 月 日以降6カ月間以上禁煙が継続しており、卒煙したことを証明します。				
事業所証明者 印				

(1) 補助金支給要件

禁煙外来で保険診療適用の対象者となり治療して禁煙に成功した方。禁煙に成功した方とは、①又は②に該当する方を言います。

- ①治療期間（12週間）において全5回の受診により治療を完了した者
- ②全5回未満の受診において、医師等により治療が完了したと判断された者

(2) 補助金額

治療費に係る補助金として10,000円を限度に支給。

(3) 補助金申請期間と提出方法

禁煙外来治療終了、3カ月後に事業所担当、職場の上司等の証明を得て健康保険組合へ提出して下さい。

支給決議書（通知No. ）

伺		決 裁			支 給 決 定 額		
執行							
		限度額	10,000円	5・1・4	台 帳	記 帳	入 力