

被保険者台帳確認		常務理事	事務長	業務課長	担当者
資格取得日	年 月 日				
資格喪失日	年 月 日				

禁煙外来補助金支給申込書

太枠内をすべてご記入の上、押印を忘れずをお願いします。

禁煙外来補助金支給申込書	被保険者証	記号	事業所名	被保険者氏名	昭和 年 月 日	印	生年月日	昭和 年 月 日	年 歳
	住所							電話番号	
	受診者氏名	続柄	本人被扶養者	生年月日	昭和 年 月 日	平成	年 歳	性別	男性 女性
	受診予定医療機関名			保険適用	適用	適用外	受診予定日	平成 年 月 日	
	注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・補助対象者は被保険者及び被扶養者とし、治療の開始から終了まで組合員資格を有すること ・医師の指導の下で実施した禁煙治療費及び調剤費を補助対象とすること ・医師の指導によらず、自己の判断で購入した禁煙補助剤等は本補助金の対象外であること ・「禁煙宣言」を行い、サポーター(ご家族やご友人など)の署名をうけること 							

禁煙宣言

私は、タバコをやめることを決断しましたので、ここに宣言します。

平成 年 月 日

宣言者(自署) :

宣言者サポーター(自署) :

(ご家族やご友人など)

※サポーターについては、宣言者が被保険者の場合は事業所(職場)の上司または同僚とし、宣言者が被扶養者の場合は被保険者とします。