

決議 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

支給金額	円
(算出基礎)	

受付	支払

「禁煙サポート制度」結果報告 兼 補助金申請書

平成 年 月 日

禁煙サポート制度で禁煙に成功したので、その結果をお知らせします。

被保険者証	記号 番号		
被保険者氏名		勤務先 TEL	
勤務先/所属			
チャレンジした コース (該当する番号に○印 をつけてください。)	1. 禁煙外来コース <通院期間 年 月 日 ~ 年 月 日> (受けた治療法に○をつけて下さい ※重複可 禁煙内服薬 ・ ニコチンパッチ ・ ガム ・ その他 ())		
	2. らくらく禁煙コンテストコース		
振込み希望の銀行 (振込金がある場合に 記入してください。) ※ゆうちょ不可	銀行	店	預金 名義(被保険者)
	口座番号		フリガナ

【申請時の注意事項】

- * 申請には、医療機関や薬局で発行される領収書と明細書の原本が必要です。
レシートは不可のため、医療機関や薬局から領収書をいただってください。
- * 領収書には、必ず次の記載が必要です。
受診者・購入者氏名、医療機関や薬局の印、禁煙サポート制度に該当するとわかる但書
(例：禁煙外来、禁煙治療薬代など/明細書がある場合は省略可)
- * 禁煙以外の費用が含まれている場合は補助対象外です。
- * 補助限度額を越える場合は、必要最低限の添付のみで結構です。
- * 領収書に不備がある場合は、返却させていただくことがありますのでご注意ください。

◆ 15,000円を上限に実費の補助をします。結果報告後1ヶ月以上禁煙続行中であれば、さらに記念品を進呈します。

◆ 終了後1ヶ月以内に申請してください。

【提出は、終了後1ヶ月以内】

禁煙成功宣言書

私は、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

(4週間以上) 完全禁煙致しました。これからも禁煙することをここに

宣言します。 平成 年 月 日

被保険者証〔記号 番号〕

宣言者氏名： 印

証人1

名前： 印
電話： ()
本人との関係：
コメント「
」

証人2

名前： 印
電話： ()
本人との関係：
コメント「
」

♪♪ 禁煙成功の喜び報告 ♪♪

♪♪ 禁煙成功の喜び報告 ♪♪

♪♪ 今の喜びを俳句、川柳によんでみましょう ♪♪

♪♪ 今の喜びを俳句、川柳によんでみましょう ♪♪