

健保記入欄

決議 年 月 日				
常務理事	事務長	担当者		
			受 付	支 払
支給金額				
(算出基礎)				

## 「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	健保 太郎	⑩	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 ) ( <u>禁煙内服薬</u> ・ 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
	口座番号	△△△△△△△	
	名義(被保険者) フガナ ケンボ タロウ		
	健保 太郎		

### 【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、平成〇〇年 〇月 〇日から平成〇〇年 〇月 〇日まで

(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。

平成〇〇年 〇月 〇日

被保険者証〔記号 〇〇 番号 〇〇〇〇〇〕

宣言者氏名： 健保 太郎 ㊟

## 証人1

名前：〇〇 〇〇 ㊟  
電話：〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇  
本人との関係：〇〇  
コメント「〇〇・・・・・・・・・・・・・・・・  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・〇〇」

## 証人2

名前：〇〇 〇〇 ㊟  
電話：〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇  
本人との関係：〇〇  
コメント「〇〇・・・・・・・・・・・・・・・・  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・〇〇」

♪♪ 禁煙成功の喜び報告 ♪♪

〇〇・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・〇〇

♪♪ 今の喜びを俳句、川柳によんでみましょう ♪♪

〇〇・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・〇〇