年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

禁煙サポート補助金請求書

所属	
被保険者名 **（自署）**	
被保険者の 記号・番号	―
連絡先TEL	内線：

下記のとおり禁煙外来治療に関するサポート補助金を請求します。

記

禁煙者氏名		自己負担額	

【対象者】

請求時点でりそな健康保険組合に加入している20歳以上の被保険者・被扶養者の方

【支給条件】

以下の条件をすべて満たすこと。

○ **禁煙外来治療に関する病院もしくは禁煙補助薬に関する薬局が発行する領収書原本が本請求書に添付されていること。（領収書は返却いたしません。）**

○ **禁煙外来の場合は、医療機関が交付する「禁煙外来終了証明」（写）または当組合所定の「禁煙外来終了証明書」が本請求書に添付されていること。**

【注意事項】

○ 過去に本制度の補助金を受けた方は支給対象外です。

○ 請求期限（受診日が属する年度の翌年度末）を経過した場合、補助金は支給しません。

健康保険組合使用欄

常務理事	検印	担当者

支給決定日	
支給決定額	円

りそな健康保険組合　御中

禁煙外来終了証明書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　様が、禁煙外来にて3ヵ月のプログラムを

終了されたことを証明いたします。

年　　月　　日

医療機関

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 医療機関名をゴム印等を用いて明確に表示頂くようお願いいたします。