

モバイル禁煙コース 参加申込み・補助金申請書

「モバイル禁煙コース」ではスマートフォンを使用します。スマートフォンをご使用でない方は申込みできませんので、ご確認ください

1. 参加申込み

※参加申込時に記入してください

参加申込日 2020年10月1日

健康保険 被保険者証	記号 11	番号 99999	申込者氏名 (被保険者) 健 保 太 郎
生年月日	西暦 1975年10月1日		喫煙状況 喫煙年数 20年・喫煙本数 15本/日
会社名	豊田合成(株)		所属 〇〇〇室 内線 611-5117
			申込時費用 (給与控除*1) 26,000円

*1 毎月20日までに健保からアクセスコードをお送りした方について、翌月の給与から控除します。

2. 補助金申請

※禁煙成功後の補助金申請時に記入してください

補助金申請日 2021年1月25日

モバイル禁煙コース(12週間)を終了し、現在も禁煙を継続していますので、**補助金(18,000円)**を申請します。

①禁煙証明

禁煙開始日 2020年10月10日 から現在までの12週間以上の間、**健保太郎**さんの禁煙が継続していることを証明します。

【職場の上司 記入日: 2021年1月20日】

会社名	豊田合成(株)		所属	〇〇〇室	
社員コード	99990	役職	室長	署名	保 組 和 夫

【同居の家族* 記入日: 2021年1月15日】

関係	妻		署名	健 保 花 子	
----	---	--	----	---------	--

*一人暮らしの場合、職場以外での禁煙を証明いただけるご家族・親類・友人なども可能です。

②振込口座

※必ず申込者(被保険者)名義の口座をご記入下さい。(ゆうちょう銀行への振込みはできません)

金融機関	三菱UFJ	銀行・信金・農協・信組	支店	〇〇支店	
口座番号	8888888	(普通)その他	フリガナ 名義	ケンボ タロウ 健保太郎	

【健保記入欄】

参加申込		補助金申請		
受付日	給与控除日	受付日	支給判定	支払日
No.	/		<input type="checkbox"/> 支給 18,000円 <input type="checkbox"/> 不支給(理由:)	/

<ルート> 申込者(参加申込み) → 健保(受付・給与控除) → 申込者(補助金申請) → 健保(支払い判定→補助金支払い)