

## 禁煙外来コース 参加申込み・補助金申請書

### 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	番号	申込者氏名 (被保険者)	<b>健 保 太 郎</b>		
	11	99999				
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	<b>豊田合成(株)</b>		所属	〇〇〇室	内線	611-5117

受診医療機関	<b>〇〇〇〇内科</b>	所在地	<b>愛知</b> 都道府県 <b>名古屋</b> 市郡
初回受診予定日	2020年10月5日		

### 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

禁煙外来の受診を終了し、現在も禁煙を継続していますので、**補助金(実費相当額、上限13,000円)**を申請します。

#### ① 禁煙外来受診にかかった費用

受診期間	2020年10月5日～2021年1月7日	受診料合計	11,025 円
受診回数	5回		

※ 医療機関および調剤薬局で支払った費用の、全ての領収書(原本)を本帳票にホチキスでとめて提出してください

#### ② 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】

事業所	<b>豊田合成(株)</b>		所属	<b>〇〇〇室</b>	
社員コード	99990	役職	<b>室長</b>	署名	<b>保 組 和 夫</b>

【同居の家族\* 記入日：2021年1月15日】

関係	<b>妻</b>	署名	<b>健 保 花 子</b>
----	----------	----	----------------

\*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。

#### ③ 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。(ゆうちょ銀行への振込みはできません)

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

#### 【健保記入欄】

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

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