

【健保記入欄】

支給決定伺	常務理事	事務長				担 当			
伺年月日	令和	年	月	日	支払年月日	令和	年	月	日
支払決定額					円				

禁煙補助金申請書

【申請者記入欄】

※該当項目に○印をつけてください。

1	セルフチャレンジ (禁煙補助剤購入)	2		3	
---	-----------------------	---	--	---	--

被保険者証	記号		番号		申請金額	円				
申請者					生年月日	昭和 平成	年	月	日(才)	
被保険者					←申請者が被保険者の場合は記入不要					
連絡先					携帯・自宅 会社(外線・内線)	←日中連絡が可能な連絡先を記入願います				
(国内銀行) 振込先	銀行コード				店番号				フリガナ	
	フリガナ								名義人	
		銀行・信組 信金・農協					支店		口座番号	

※振込先は必ず被保険者ご本人の口座をご記入ください。

- 注意事項 1. 「領収書」(原本)には次の項目の記載が必要です。
【セルフチャレンジの場合】
①購入者氏名 ②購入品名 ③購入年月日 ④金額 ⑤購入店舗名
⑥購入店舗の印または店員の認印
2. 領収書の宛名について、会社名、健保名が入った領収書は不可となります。
※必ず申請者(被保険者)氏名で記載願います

禁煙完了証明

禁煙開始から、現在までの6ヶ月間 _____さんの

禁煙が継続していることを証明いたします。

年 月 日

年 月 日

印

禁煙完了者との関係(該当に○をしてください)

会社: 上司・同僚・人事部門・産業保健スタッフ
家族(続柄:)

印

禁煙完了者との関係(該当に○をしてください)

会社: 上司・同僚・人事部門・産業保健スタッフ
家族(続柄:)

※禁煙完了証明は2名の署名が必要となります。
(会社関係、家族等、日頃同一環境を共に過ごされている方であれば可)
※氏名直筆の場合は押印は不要