

禁煙外来治療(医療機関)補助金制度利用申込書

被保険者等の 記 号 番 号		事 業 所 名	
被保険者氏名		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
被保険者住所	〒 -		
日 中 連 絡 先 電 話 番 号	勤務先・自宅・携帯		

受 診 者 氏 名		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
続 柄		年 齢	歳
受 診 予 定 医 療 機 関 名			
受 診 予 定 日	年 月 日		

注意事項

- ・補助対象者は、被保険者及び被扶養者とし、治療終了まで組合員資格を有すること
- ・補助は、実施期間内に禁煙プログラムの日程を終了し、卒煙証書（写）を提出できる者とする
- ・医師の指導の下で実施した禁煙治療費及び調剤費を補助対象とする
- ・医師の指導によらず、自己の判断で購入した禁煙補助剤等は本補助金の対象外であること
- ・補助金額の上限50,000円を超えた差額は、自己負担とする
- ・禁煙治療費の自己負担が50,000円以内の場合は、実費を補助とする
- ・途中で治療（通院）を中断した場合は、補助の対象外とする