

健保 使用 欄	支 払 日	年 月 日
	補助金 支給決定額	円

常務理事	担当上司	担 当

## 禁煙外来治療(医療機関)補助金請求書

被保険者証の 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
受診者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
受 診 先 医 療 機 関	名 称		
	住 所		
初回診察日		年 月 日	
最終診察日		年 月 日	
受 取 方 法 (○をつけて下さい)	現金希望	※健保組合へ取りに来られる方のみ ※後日ご連絡しますので受け取りに来て下さい 連絡先 (内線又は電話番号) _____	
	振込希望	※被保険者の銀行口座を記入して下さい。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <span>銀 行</span> <span>本店</span> <span>普通</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>信用金庫</span> <span>支店</span> <span>当座</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <span>口座番号 _____</span> <span>口座名義人 (被保険者) _____</span> </div>	
<p>三谷健康保険組合理事長 殿</p> <p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">〒 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">被保険者住所</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">被保険者氏名</p>			

### 《添付書類》

① 領収書 (写)

② 診療明細書 (写)

(注) 領収書と診療明細書は診療日すべて添付して下さい。

③ 卒煙証書 (写)