

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

被保険者等の 記 号・番 号				事 業 所 名			
被保険者氏名				生 年 月 日		昭和 年 月 日 平成	
受 診 者 氏 名				生 年 月 日		昭和 年 月 日 平成	
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。 銀 行 本 店 普 通 信用金庫 支 店 当 座 口座番号 _____ 口座名義人 (被保険者) _____					
三谷健康保険組合理事長 殿 上 記 の と お り 請 求 し ま す 。 年 月 日 〒 - 被保険者住所 被保険者氏名							

《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)