

決議	年	月	日
常務理事	事務長	担当者	

支給金額	円
(算出基礎)	

受付	支払

「禁煙サポート制度」結果報告 兼 補助金申請書

禁煙サポート制度で禁煙に成功したので、その結果を報告します。

申請日： 年 月 日

被保険者証		被保険者 氏名			
記号	番号				
所属部署		対象者 氏名		被保険者との続柄	
該当する コースに ○をつけて ください	①禁煙外来コース 通院期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ※受けた治療法に○をつけてください（複数可） ・禁煙内服薬 ・ニコチンパッチ ・禁煙ガム ・その他（ ）				
	②禁煙補助剤コース 使用期間 年 月 日 ～ 年 月 日				
費用総額		円 （領収書の原本を添付）			
振込先	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義（被保険者）
			普通預金		フリガナ

【申請時の注意事項】

- ・医療機関や薬局で発行される領収書と明細書の原本を添付してください。
レシートは不可、医療機関や薬局から領収書をもらってください。
- ・領収書には、必ず次の記載が必要です。
①受診者・購入者氏名 ②医療機関や薬局の印 ③禁煙サポート制度に該当すると分かるただし書
（例：禁煙外来、禁煙治療薬代など／明細書がある場合は省略可）
- ・禁煙以外の費用が含まれている場合は、その費用を除いた金額を補助します。
- ・補助限度額（25,000 円）を超える場合は、必要最低限の領収書を添付してください。
- ・領収書に不備がある場合は、返却させていただくことがありますのでご注意ください。
- ・遅くとも、終了後1ヶ月以内には申請してください。

◆さらに、結果報告後1年以上継続中であれば記念品（20,000 円相当の商品券）を進呈します。

伊藤ハム米久健康保険組合

禁煙成功宣言書

私は、____年 ____月 ____日から____年 ____月 ____日まで

(4週間以上) 完全禁煙致しました。これからも禁煙することをここに
宣言します。 _____年 ____月 ____日

被保険者証〔 記号 番号 〕

宣言者氏名：

⑩

※自筆の場合は押印不要

証人 1

名前： _____ ⑩
※自筆の場合は押印不要

電話： _____ ()

本人との関係：

コメント「 _____ 」

証人 2

名前： _____ ⑩
※自筆の場合は押印不要

電話： _____ ()

本人との関係：

コメント「 _____ 」

♪♪ 禁煙成功の喜び報告 ♪♪

※必ず**原本**を提出してください。

伊藤ハム米久健康保険組合