常務理事	事務長	係	経理	支給決定額
				円

年　　月　　日

曙ブレーキ工業健康保険組合　　御中

事業所名称

被保険者等 記号 番号

被保険者氏名　　印

禁煙外来補助金請求書

この度、禁煙外来診療を終了し、禁煙に成功いたしましたので補助申請をいたします。

補助対象者氏名：

今回の禁煙外来受診に対し自治体からの助成について	□有	助成を受けた自治体名称 都 道 府　　県 区・市
		助成額　　円
	□無	□ 所得制限を越えているため □ 自治体での補助は行っていないため □ その他（　　）

※禁煙外来での治療終了後、全ての領収書（処方箋を含む）を添付ください（原本）。

※禁煙外来での治療了後 3 ヵ月以内に申請ください。

請求金額	円

委任状	上記請求金額の受領を事業主に委任します。 年　　月　　日 請求者氏名　　印

（禁煙外来受診証明用）

禁煙外来治療終了証明書

下記の者については、禁煙外来を受診し一定期間の治療が終了したことを証明する。

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

名　　称

主　治　医　　印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

受診者氏名		生年月日	昭・平 （　　歳）

※本証明書の発行理由：医療機関で禁煙外来を受診し、一定期間内の治療が終了したが医療機関からの証明書がいただけない場合。

：健康保険組合が実施する禁煙外来補助の請求に医療機関の証明が必要としているため。

曙ブレーキ工業健康保険組合