

# 《 禁煙治療費 補助金 請求書 》

事業所名	被保険者証記号・番号 —	区分 本人 家族	性別 男・女	受診者
診療を受けた 医療機関	名称			
	所在地			
診療開始年月日	年	月	日より	診療
診療終了年月日	年	月	日まで	回数
回数	回			
禁煙治療に要した費用	円 (自己負担の総額を記入)			
請求者 (被保険者)	上記のとおり、禁煙外来治療に12週間通院(5回受診終了)しましたので、 補助金を請求します。 年 月 日 事業所名称 被保険者氏名 電話番号 ( )			
振込先の 金融機関名 (請求者の名義)	銀行 信金 組合	店 支店 出張所	普通 ・ 当座	口座番号
				フリガナ
				口座名義人

\* 振込口座につきまして、三菱UFJ銀行の口座をお持ちの場合は、そちらをご指定いただきますようお願いください。

- ① 対象者 禁煙外来に12週間(5回受診終了)通院された被保険者及び被扶養者  
 ※ただし、20歳以上75歳未満の方で禁煙外来治療期間中に継続して被保険者及び被扶養者資格がある方に限ります。
- ② 補助額 禁煙治療プログラム(原則5回受診)に要した保険診療の自己負担額のうち、  
**10,000円** を補助します。  
 ※禁煙に失敗し、前回治療より1年経過後に再受診(2回目)の場合は、  
**5,000円** を補助します。(3回目以降の補助はありません)
- ③ 請求方法 この《禁煙治療費補助金請求書》に禁煙治療にかかったすべての領収書・明細書(写)を添付してください。  
 ※ただし、医療機関の領収書には受診者名・禁煙外来等が明記されたもの。  
 ※医療機関において「禁煙修了(終了)書」等の発行がある場合はその写も添付してください。
- ④ 支払方法 毎月5日までの受付分は、当月の20日にお支払とします。(土日・祝日の場合は前日)
- ⑤ その他 禁煙治療プログラムを自己都合により途中でやめた場合、補助対象外となります。

◆「※」欄は記入しないでください。

----- 健保組合使用欄 -----

※照合済	※支給決定額
	円

大阪装粧健康保険組合  
 (担当 総務部)  
 電話 06-6261-6474