

健 保 記 入 欄	受 付 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
	支 給 年 月 日	年 月 日				
	支 給 額	¥ —	資 格 確 認			

禁煙外来 結果報告兼補助金請求書

岩谷産業健康保険組合 理事長殿

年 月 日

下記のとおり請求いたします。

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	—	
利 用 申 込 者 氏 名	印	
禁 煙 外 来 コ ー ス	受診した期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日	
チ ャ レ ン ジ 結 果	☐	禁煙できた 禁煙した期間 : 年 月 日 ~ 現在まで継続中
	☐	禁煙できなかった ☐ 最後まで受診した ☐ 途中で通院をやめた 再喫煙した日 : 年 月 日
請 求 基 礎 額	添付領収明細書合計額 ¥ —	

- 注意事項
- 禁煙外来コースの補助金額は、上限10,000円の実費補助です。
 - 禁煙に成功された方は、治療終了後直ちに、脱落された方も中止後1ヶ月以内に提出して下さい。
 - 領収明細書には、以下の項目記載がないものは無効です。
 - ☆禁煙外来であるとわかる但書(「禁煙外来」「禁煙治療薬代」など)
 - ☆受診者氏名・医療機関や薬局の印
- ほかの疾病と併せて治療されている方は、禁煙外来の領収書を別に依頼してください。