

決定金額	令和 年 月 日				
円	常務理事	事務長	事務次長	課長	係

禁煙外来補助金請求書

記号・番号	事業所名		被保険者氏名		
—					
受診者 氏名			続柄		
禁煙外来 終了日	令和 年 月 日	医療 機関名			
窓口 負担 額		外来分	調剤薬局分	小計	
	初回	円	円	円	
	2回目	円	円	円	
	3回目	円	円	円	
	4回目	円	円	円	
	5回目	円	円	円	
	合計			円	
禁煙 確認者	(自署)		関係	家族・上司 同僚・その他	
確認日	令和 年 月 日	上記受診者は、左記確認日において、禁煙中であることを聞き取りにより確認しました。			

【添付書類等】

◎12週間5回の治療終了から1か月経過後、上記禁煙確認者の確認を受け、領収書の原本及び明細書を添付して、事業所経由で健保組合へ提出してください。

※領収書等は、全ての診療日の外来・調剤薬局分が必要です。

※診療報酬明細書の内容点検後となるため、補助金の支払は受診終了後、2～3か月後になります。