

受付年月日

総額	円
一部負担金	円
差引支給額	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支給年月日	年	月	日

事業所C	事務担当

## 禁煙外来費用補助支給申請書 禁煙補助薬費用補助支給申請書 (疾病予防補助金)

大日本印刷健康保険組合 御中

社員番号 d123456

住所 東京都新宿区矢来町5-6-3

下記のとおり申請いたします。

被保険者氏名 健保 太郎

被保険者証	記号	XX	枝番	00	所属	会社名	DNP XXXXX										
	番号	9999				第2工場	部	XXXX 課									
補助対象者氏名 (被保険者のみ)	健保 太郎				生年月日	昭和・平成	56	年	4	月	2	日					
禁煙外来	受診した医療機関	医院名: 所在地: 電話番号:															
	受診期間	[治療開始] 禁煙補助薬は、下記補助薬(3種類)のいずれか1種類しか補助できません。															
	前回受診期間	[治療開始]															
禁煙補助薬	購入した禁煙補助薬	※該当する禁煙補助薬のいずれか一つに○をしてください ニコチネルパッチ ・ ニコチネルガム ・ ニコレット															
	購入日	令和	XX	年	XX	月	XX	日	から	令和	XX	年	XX	月	XX	日	まで
	前回購入日	令和	XX	年	XX	月	XX	日	から	令和	XX	年	XX	月	XX	日	まで
自己負担額	22,000 円																
提出日	令和	XX	年	XX	月	XX	日										

委任状	私は事業主を代理人と定め、この疾病予防補助金の受領を委任します。											
	被保険者氏名: 健保 太郎						代理人職氏名: 株式会社DNP XXXX 総務部長 川田 三郎					
	令和	XX	年	XX	月	XX	日					

領収書	金 円也 領収いたしました。											
	令和	XX	年	XX	月	XX	日	代理人職氏名: 株式会社DNP XXXX 総務部長 川田 三郎				

### 【注意】

保険適用(保険診療)された自己負担分は、費用補助対象外となります。

費用補助は、年度内(4/1~翌年3/31)1回の補助となります。

禁煙外来と禁煙補助薬は、どちらか一方しか補助できません。

禁煙補助薬は、上記補助薬(3種類)のいずれか1種類しか補助できません。

申請書は、下記領収書(原本)を添付し、必ず1回にまとめて申請願います。

<禁煙外来> 明細付き領収書(または、禁煙外来受診と記入された領収書)

<禁煙補助薬> 購入した補助薬の名前が分かる補助対象者名で発行された領収書

補助限度額は、禁煙外来60,000円、禁煙補助薬20,000円です。

入力番号		点検者	
------	--	-----	--