

提出日 年 月 日

禁煙外来初診時一部負担金補助申請書

日清紡健康保険組合の被保険者の方で、禁煙治療にチャレンジされる方の禁煙外来初診時の一部(上限 5,000 円)を、一人1回に限り補助します。

尚、補助額はご本人のご指定口座へ健保組合より振込みます。以下の「振込口座」欄へ正しく記載下さい。

禁煙外来の初診時の診療であることがわかるもの(例えば領収書及び診療明細書)の原本またはコピーを本紙裏面に必ずのりで貼って下さい。(提出いただいた領収書は基本的に返却いたしません)
領収書の宛名は必ず個人名宛で発行してもらってください。

【申請情報】

被保険者氏名		社員通番		健康保険被保険者の記号番号		
				記号	番号	
会社名		事業所名		部署名		
「振込先口座」						
銀行名		※銀行コード				
支店名		※支店コード				
口座種別	当座 ・ 普通	口座番号				
申請金額 (各人でご記入願います)						
本人窓口支払額						円
※補助確定額						円

※印欄は健保組合で記入します。

☆☆☆☆☆☆提出前に必ずご確認ください！☆☆☆☆☆☆

- ① 上記申請情報を全て記載しましたか？
- ② 領収書の原本またはコピー、禁煙外来の初診であることがわかるもの(診療明細書)を裏面にのりで貼り付けましたか？

申請書は、各事業所の総務課まで、本社の場合は人財グループ中村まで提出ください。直接ご郵送される場合は下記住所までご送付ください。ご不明な点などがありましたら、下記までご連絡願います。

【連絡先】

日清紡健康保険組合

〒103-8650 東京都中央区日本橋人形町 2-31-11

TEL03-5695-8872 担当 中村、山田