

禁煙外来治療補助申請書

提出日 令和 年 月 日 ※この申請書は、禁煙外来治療(禁煙治療プログラム)が終了後、申請してください。

被保険者欄	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□□	番号 □□□□□□□□	氏名	
	会社名 事業所・所属			電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 () <input type="checkbox"/> 自宅

受診者申請欄	受診者氏名		続柄	
	治療を受けた医療機関の 名称		所在地	
	治療を受けた期間	H R . . . ~ H R . . .	通院回数	回
	禁煙外来費用の総額(※1)	円	健保補助額(健保記入欄)	円

【注意事項】

- ・補助対象者は、治療期間中に当健保組合の資格がある方です。
- (※1)「終了証」等の発行に係る手数料等については、補助対象外となります。

【添付書類】 以下の書類を申請書に添付し提出ください。

- ・「禁煙外来の全受診分の領収書(原本)」「(医療機関発行)
- ・「診療明細書(コピー可)」「(医療機関発行)
- ・「終了証等治療終了日が確認できるもの(コピー可)」「(医療機関発行)

領収書に必要な記載事項

- ①受診者名(フルネーム)
- ②受診日
- ③受診費用(他の経費が含まれている場合は、内訳がわかるもの)
- ④受診内容(禁煙外来等などの但し書き)
- ⑤医療機関名称と連絡先

【申請書の提出先】 ※補助申請は、速やかにご提出ください。 (費用を支払った日の翌日から2年を経過し当健保組合に届いた場合は補助できません。)

勤務先	提出先
九州電力 九州電力送配電	QBP 労務・福祉サービスグループ(内線:99-1760) ※システム申請が必要です。
上記以外	各事業所の労務(総務)担当部署 ※詳しくは事業所の担当者にご確認ください。
任意継続被保険者	当健保組合へ直接ご郵送ください。(郵送先:〒810-0004 福岡市中央区渡辺通2-1-82)