申請書の上面に領収書 (原本)をホチキスで 留めてください

被保険者欄

被保险者等

禁煙成功補助金請求書

記入見本

1. 対象者 : セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合の被保険者・被扶養者の方

2. 補助条件: 禁煙開始日から6か月間の禁煙継続を達成

補助金申請には、禁煙成功の証明として2名(医師、家族、同僚等)の方の署名・捺印が必要です

3. 禁煙方法:「禁煙外来(保険診療・自由診療)」又は「禁煙補助薬(ニコチンパッチ・ニコチンガム等)」

4. 補助内容:自己負担金のうち12,000円を超過した額を補助(但し、補助上限額は20,000円)

※ 超過額が1,000円未満の場合は補助対象外

例) 禁煙外来(保険診療)で20,000円の窓口支払いの場合、補助額は8,000円となります 5. 手続き : 本申請書に必要事項を記入のうえ、卒煙完了から3ヶ月以内に健保組合へ提出して下さい <提出先/問合先>セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合 保健事業担当 ☎ 03-6238-2864

仟 名

【提出日】 令和 6 年 11 月 30 日

牛在日日 計員悉号

禁煙チャレンジ者が6か月以上禁煙を継続しましたので、補助金を申請します。

	記号 番号 (フリガナ) ケンボ タロウ 0 1 1 2 3 4 5 6 健保 太郎			日本 54年 11 月 21 日 平成 担 当 電話番号		999999		生年月日、社員番 号、電話番号を記 入してください。
	法人名	店部コード店部名						
	イトーヨーカ堂	219	木場店	鮮魚	1. 職場 2. 自宅 3 携帯	080 - 1234	1 - 56XX	
	禁煙チャレンジ者							
	正夕	ンポ タロウ :保 太郎	被保険者との続柄	本人	性別	・女 年齢	45 歳	挑戦するコース (禁煙外来/禁煙 補助薬)の左欄に
	禁煙方法と期間						〇を記入してくだ さい。	
	禁煙コース ※該当するコースの左欄に〇を記入							
	禁煙外来			禁煙補助薬				
禁煙開始日は、禁煙外来は初診日は、禁煙外来は初診日は、 禁煙補助薬は補助薬を使用した日を 薬をして了てはさい で開始にでいるが、 類別のでは、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、	保険診療	****	自由診療	****		チンガム など		総支払額は、病院
	禁煙開始日		卒煙完了日(煙完了日(開始より6か月以降) 総支払額			額	マは薬局に支払っ た総額を記入して
	令和 2 年 5 月 1 日		令和 2 年 11 月 1 日		20	20,000 円 ください (領収書 の総額)		
								OJ 市心合具)
	卒煙証明者欄:2名 証明者は医師、家族、同僚のうち、名の方の 署名 を頂いてください。申請者との関係は、□にレ点を入れください。							
	氏	名 -	関係		氏 名		関係	
	健保	花子	□ 医師 ☑ 家族 □ 同僚等		瀬分 太	郎	□ 医師 □ 家族 □ 個僚等	
	<健康保険組合使用 常務理事 事務長	マネジャー 担		補助金額円	/	受付印		
	<u>この欄には記入しないでください</u>							