

# 禁煙サポート申請書

禁煙費用補助を下記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

トータルビューティー健康保険組合 御中

申請者の氏名	フリガナ 自署の場合は押印不要 印
電話番号	
被保険者証の記号番号	(生年月日： )
申請者の住所	〒
申請者の所属事業所名	

受診した医療機関名	受診開始年月日	受診終了年月日

医療機関	領収書の枚数：	支払額計（円）：
薬 局	領収書の枚数：	支払額計（円）：
支払額の合計（円）：		

## 【申請上の注意】

- 禁煙サポート事業の対象者は、被保険者のみです。
- 補助申請書は、受診終了後にまとめて提出してください。
- 医療機関及び薬局の領収書（被保険者名）は、原本のみ受け付けます。  
※数字だけのレシートは受け付けません。
- 領収書は、申請書の裏面等に貼付けず添付してください。
- 禁煙費用補助は、健康保険組合在籍中、1回限りとします。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合			本店 支店										預金種別 1. 普通 2. 当 座 3. その他					
	口座 番号	口座名義人 カタカナで記入																	

受 付 印

常務理事	担当