申請日:2014年 月 日

デクセリアルズ健康保険組合 理事長 行

禁煙サポートプログラム「補助金交付申請書」

被保険者証 記号・番号	—	申請コース (○を付ける)	1. 禁煙外来受診コース 2. 禁煙補助剤コース(パッチ) 2. 禁煙補助剤コース(ガム)
被保険者氏名 (社員氏名)		生年月日	昭和・平成 年 月 日
事業所		所属	
社員番号		TEL	

禁煙状況確認	<p>* 今回の禁煙サポートプログラム利用にあたり、禁煙状況をご連絡ください</p> <p>☐ 禁煙達成 (週で禁煙達成し、現在継続中)</p> <p>☐ 禁煙中断 (週で禁煙中断) → 次回禁煙チャレンジ希望 有 ・ 無</p>
--------	---

禁煙外来受診日または補助剤購入年月日	領収金額
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円
年 月 日	円

◆領収書原本をホチキス止めまたは裏面にのりで貼り付けをして下さい(返却はいたしません)

- 禁煙外来受診コース 通院したすべての領収書の原本を添付してください
被保険者氏名・医療機関名称・受診年月日・領収日・領収金額が記載されたものが必要です
(補助金は、上限3,000円となります。領収費用計が3,000円を下回る場合は領収金額となります)
- 禁煙補助剤コース 購入したすべての領収書の原本を添付してください
購入年月日・領収日・領収金額・禁煙補助剤の品名(表示があれば可)が記載されたものが必要です
(補助金は、上限3,000円。購入金額計が3,000円を下回る場合は購入金額となります)

◆注意事項

- * 年1人1回のみ補助とします。
- * 1. 禁煙外来治療・2. 禁煙補助剤(パッチまたはガム)のいずれか1つの申請のみ可能です。
- * ご記入頂いた個人情報、補助金の振込みおよび集計のみに利用いたします。

<p>* 補助金申請書提出先(期限:2015/3/20まで)</p> <p>本社・鹿沼:第1工場健康管理室宮下(92216007)・第2工場健康管理室黒川(95017177)</p> <p>多賀城・なかだ:なかだ健康管理室西澤(92292514)</p> <p>根上:人事雲戸(95235574)</p>
--