

決 裁	年 月 日	常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	担 当 者
交付決定金額	¥						

(様式第1号)

東京都医業健康保険組合理事長殿

禁煙外来治療補助金交付申請書

禁煙外来治療を終了しましたので、補助金の交付を申請します。

記号・番号	-	申請日	:	年	月	日
-------	---	-----	---	---	---	---

住 所	〒 (-)
氏 名	®
電話番号	

※ 平日の日中に連絡の取れる番号をご記入ください。

◆ 添付書類 (お忘れのないよう☑を入れてください。)

- 全診療分の医療機関及び調剤薬局の領収書 (コピー可)
- 医療機関発行の卒煙証明書の写し

費用 振込銀行	銀 行 報 告	銀行			支店	預 種	金 別	普 通 ・ 当 座
	フリガナ	銀行コード		店番				
	口座名					口 番	座 号	

※必ず被保険者様の口座情報をご記入ください。

口座名は金融機関への届け出の通りに記入してください。

注意

- 禁煙外来治療の補助金の申請は、年度につき1人1回までです。
- 対象者は、被保険者のみとなります。
- 原則として、治療終了後15日以内に組合まで郵送にてご提出ください。