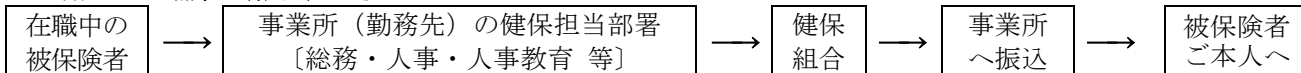


禁煙サポート 補助金請求書

※「禁煙サポートエントリーシート」を先に提出して下さい。
補助金は、禁煙治療・卒煙達成後に請求できます。

被保険者証	記号		申請者 被保険者又は 被扶養者名	
	番号			
治療の種類	1. 禁煙外来治療 保険診療で受けた治療が補助対象です 領収書が『保険診療』であることをご確認ください			
受診医療機関名（病院名）				
禁煙治療の期間		自. 年 月 日 至. 年 月 日		
申請者の自己負担治療費			円	
上記の通り申請し、本請求書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。 日鉄物産健康保険組合 常務理事 殿 被保険者 住 所 氏 名 年 月 日 (印)				

《請求から補助（給付）の流れ》



卒煙証明

禁煙開始から、現在までの6ヶ月間

様の禁煙が継続し、卒煙したことを証明します。

年 月 日
支援者

印

（ 職場上司・同僚・家族 ）

※支援者の方に、署名・捺印をもらってください。

●補助金額と補助回数

1. **補助金額**：禁煙外来を受診し、第三者による禁煙証明があった者に限り、外来治療自己負担金額に対して10,000円を上限として補助金を支給。
外来治療自己負担額が10,000円未満の場合は、その実費相当額とする。
2. **補助回数**：被保険者が在職中に、申請者が卒煙を達成した1回のみ
(禁煙治療のエントリーは、卒煙が達成できるまで複数回可能です)

●添付書類：宛名が明記されている「禁煙治療に要した費用」の領収書(コピーでも可)

●支払方法：各事業所経由で支払われます。提出後2～3ヶ月を見込んで下さい。

※こちらに領収書(コピー可)をのりで貼ってください。