

禁煙外来補助金 申請書

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合 御中

					提出日	年	月	日
保険証	記号		番号		氏名	印		
住所								
TEL								
振込先	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店 出張所			
	銀行コード				支店コード			
	種目	口座番号			口座名義カナ 被保険者名義のみ			
	普通							
診療回	診療年月日			自己負担額（領収書金額）			健保組合使用欄	
第1回	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
第2回	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
第3回	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
第4回	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
第5回	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
予備欄	年	月	日	円				
	年	月	日	円				
合計				円				

< 申請前に必ずご確認ください >

1. 補助金額は、保険診療で受診した禁煙外来治療費の自己負担額（上限2万円）です。
2. 医療機関発行の領収書と診療明細書（どちらも原本）を必ず添付してください。返却はいたしません。
3. 領収書がない診療については、補助金を支給いたしません。
4. 自己負担額に禁煙外来以外の治療費が含まれている場合は、その額を除いて支給いたします。
5. 本申請書の個人情報は、当組合の保健事業の目的以外に使用いたしません。

提出先 〒141-0021 東京都品川区上大崎 2-25-2 スターバックスコーヒージャパン健康保険組合

健保組合 使用欄	常務理事	事務長	担当者	決定額