田辺三菱製薬健康保険組合　宛

2023年度 禁煙費用補助申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 年　　　月　　　日 | | | | 記号 |  | 番号 | |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 事業所 |  | | | 所属 |  | | | | |
| 実施内容 | ①禁煙外来受診　　　　②薬局での禁煙補助薬（ニコチンガム、ニコチンパッチ）購入 | | | | | | | | | |
| 受診した病院名  または  購入した薬局名 | | |  | | | | | | | |
| 禁煙治療期間（禁煙外来受診のみ） | | | | | 自　　　　　　　年　　　月　　　日  至　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 自己負担額 | | 円 | | | 支給額（健保記入欄） | | | 円 | | |

**【申請方法】**

上記の必要事項（健保記入欄以外）をご記入の上、下記の必要書類を添付して当組合宛にご提出ください。（提出いただいた必要書類は返却いたしませんのでご注意ください）

禁煙外来受診の場合

→領収書（原本）と明細書（原本）を申請書の裏面に糊付けしてください。

薬局で禁煙補助薬を購入の場合　　　※補助対象はニコチンパッチとニコチンガムです

→購入日、商品名、金額が記載されたレシート（原本）を申請書の裏面に糊付けしてください。

**【提出期限】**

2024年3月31日（日）までに当組合へ提出ください。

**【注意事項】**

・年度内1回のみの補助で今年度申請された方は、来年度申請できませんのでご注意ください。

・基本的には翌月の給与振込ですが、申請書の受理タイミングによっては翌々月となることがあります。