

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合

禁煙治療費補助金申請書 (保険適用禁煙外来用)

年 月 日

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 宛

勤務地	健康保険証 記号・番号	申請者氏名
		(印)

治療者氏名	続柄	外来治療日	医療機関名	料金
治療結果記入欄(必須) 該当するものを○で囲んでください。 1. 禁煙成功 2. 禁煙失敗 → (本数は減った・変わらない)		1回目		
		2回目		
		3回目		
		4回目		
		5回目		
		5回合計	自己負担合計	
振込口座	金庫	支店	口座番号	フリガナ
	銀行		普通 ()	口座名義:

【補助対象者】 被保険者・被扶養者(20才以上) ※被扶養者以外の家族は対象外
 【補助回数】 12ヶ月間で1回 (5回通院完了後)
 【補助金額】 上限20,000円/人
 【添付書類】 医療機関が発行した**5回分の領収書**をこの申請書に添付
 【支給について】 月末までの申請分は翌月に指定口座に振込み。
 【不支給について】 5回の治療が完了する前に中止した場合、健保資格を喪失した場合は不支給
 (5回の治療途中でも禁煙できた場合は支給)
 ※他の禁煙外来補助と禁煙パッチ・ガム補助を同一年度内に受けることはできません。

領収書添付欄			

健保使用欄

支給 / 可・不可	円
-----------	---

検 印	常務理事	事務長	担当