

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合

禁煙(パッチ・ガム)補助金申請書

年 月 日

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合

勤務地	健康保険証 記号・番号	申請者氏名

対象者氏名	続柄	購入日	購入店名	費用	
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			
		結果記入欄(必須)	4 回目		
		5 回目			
		6 回目			
合計					
振込口座	金庫 銀行	支店	口座番号 普通 ()	フリガナ 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
 【補助金額】上限20,000円/人。但し禁煙パッチは8週分、禁煙ガムは12週分まで。
 【添付書類】購入店が発行した領収書をこの申請書に添付
 【支給について】月末受付までの申請分は翌月振込口座に支給。
 【不支給について】個人の都合で中止した場合、健保資格を喪失した場合は不支給
 初回の購入日から2年以内に申請書の提出がなかった場合は不支給
 ※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
-----------	---

格 印	常務理事	事務長	担当