支給額決定並支出伺

常務理事	事務長	課長	係員		起案	
					決裁	
					支出	
年度　歳出		保健事業費	保健事業費	疾病予防費		円
対象者数	被保険者	人	被扶養者	人		

禁煙治療補助金請求書

被保険者が請求する場合

被保険者証の記号・番号	－	事業所名称	

禁煙治療を行いましたので補助金を請求します。

年　月　日　　〒　　－

住　所

被保険者（請求者）

氏　名　　㊞

電話番号　（　　）

事業主が請求する場合

禁煙治療を行いましたので補助金を請求します。

年　月　日

事業所名称

事業主氏名　　㊞

振込希望口座

※請求者の口座への振込を原則としますが、それ以外の口座への振込は委任状が必要です。

金融機関名及び本・支店名	預金種類	口座番号	フリガナ 名義
銀行・金庫 組合・農協 金融機関コード 本店 支店 本・支店コード	普通 当座 その他（　　）		

◎禁煙治療期間終了後にまとめて提出してください。
◎ゆうちょ銀行への振込はできません。
◎禁煙治療者名簿（達成状況報告書）にて必ず禁煙の達成状況を報告してください。

【添付書類等】
治療に要した費用の領収書（原本）

禁煙治療補助金請求者名簿（達成状況報告書）

記　号	

番　号	氏　　名	区　分	禁煙できましたか？ （必ずいずれかに○を付けてください）
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ
		本人・家族	はい ・ いいえ