

## 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

	被保険者証の記号・番号	-	事業所名称				
被保険者が請求する場合	禁煙治療を行いましたので補助金を請求します。						
	年 月 日      千      一						
	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
			普通				名 義
	銀行・金庫 組合・農協		当座				
	金融機関コード		本店 支店				
本・支店コード		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)

