

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

	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 名 義			
	銀行・金庫 組合・農協				普通									
	金融機関コード				当座									
	本 店 支 店				その他 ()									
本・支店コード														

- ◎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)

