

金 額
円
備考

支給決定伺			
令和 年 月 日			
常務理事	事務長	会計	担当者

《申請から給付の流れ》



禁煙治療費の補助金申請書

※ 補助金申請は、禁煙外来終了後、一ヵ月以内に請求をしてください。

被保険者証	記号 番号	被保険者氏名 (自署)
治療の種類	1. 健康保険適用の禁煙外来治療 ※自由診療による禁煙外来、個人で購入した禁煙補助薬（ニコチンガム・ニコチンパッチなど）は、補助の対象となりません。	
受診医療機関名（病院名）		
禁煙治療の期間	自. 令和 年 月 日 至. 令和 年 月 日	
被保険者の自己負担治療費	円	
上記の通り申請し、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。		
タムラ製作所健康保険組合常務理事殿		
令和 年 月 日		
被保険者 住所 氏名（自署）		

禁煙外来終了証明

_____様が、禁煙外来にて3ヶ月間のプログラムを
無事終了されたことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名
