荏原健康保健組合　行

提出期限：令和7年3月31日　必着

記入日：令和　　年　　月　　日

禁煙費用補助申請書

禁煙外来治療全５回を受診し、初診から６ヶ月間禁煙を継続できたため
禁煙費用補助金を申請いたします。

＜　禁煙治療費用補助金申請書　＞

禁煙成功者情報			
保険証記号番号	-	人事管理ＩＤ	
フリカナ		生年月日	年　月　日
氏名		続柄	○本人○家族　（　　）
連絡先		被保険者氏名	
メールアドレス			
治療期間	R　年　月　日　～　R　年　月　日		
受診機関			

◆ 添付書類

①禁煙外来治療領収書　②診療明細書（５回分）　③禁煙成功証明書（卒業証書・終了証 等）

◆ 注意事項

禁煙外来時に同時に受診した慢性疾患や禁煙補助薬以外の医療費、薬代を含む領収証であっても

費用補助の対象は禁煙外来費用及び禁煙補助薬に関連する費用のみです。

また、氏名・商品名等が明記されていない領収書は受付できません。