支　給　決　定　伺

支給決定額	円		
支出科目	5	1	4

ロジスティード健康保険組合　（承認）				
常務理事	事務長	主　任	担　当	経理係
決裁年月日	令和　　年　　月　　日			
支払年月日	令和　　年　　月　　日			

健康保険　　# 禁煙治療費用補助金支給申請書

＊太枠線内を記入してください。

①申請者

提出年月日	令和　　年　　月　　日		
被保険者等記号・番号（**左詰めで記入**）	記号　　番号	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）　（名）　㊞
事業所名称（会社名）		所属	
生年月日	昭和／平成　年　月　日		

②申請内容

受診した医療機関等の名称		所在地（住所）（連絡先）	〒　　－ （TEL：　　）
治療開始年月日	平成／令和　年　月　日	治療終了年月日	平成／令和　年　月　日
自己負担治療費用総額（領収書合計額）	円		

③証明欄

＊禁煙外来終了および禁煙達成証明

申請者は、当禁煙外来において所定のプログラムを終了し、禁煙を達成したものと認定します。

令和　　年　　月　　日

㊞

（医療機関名の入った印鑑または医療機関スタッフの印鑑を捺印のこと）

④委任状

＊標記の請求金額の受領を経理部長に委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者
氏　　名　　㊞

注）氏名を自署されても捺印は必須です。

《注意事項》

1. 次の各号すべてに該当した場合に補助金を支給します。
   (1)日本国内の医療機関において、健康保険診療による禁煙外来を受診した場合。
   (2)禁煙外来における所定の禁煙治療プログラムを終了し、禁煙を達成したことを医師が認定した場合。
2. 支給額ならびに支給回数は下記のとおりです。
   (1)補助金の額は、所定の禁煙治療プログラム終了までの健康保険診療に要した費用の100分の30(自己負担額)相当額とする。
   (2)算出した額に100円未満の端数があるときは、その端数は切り捨てるものとする。
   (3)補助金の支給は1人当たり1年度につき1回とする。
3. 禁煙治療費のみの領収書を添付してください。
   他の治療を同時に受けている場合は、禁煙治療費のみの金額を記載いただくよう医療機関にご依頼ください。

事業所担当者印

☆領収書原本は継紙に貼付してください☆

健保組合受付日付印

領収書には医療機関等による次の項目の記載が必要です。

1. 対象者(被保険者)氏名
2. 但し書き
   ＊領収書には必ず「禁煙治療費・治療薬代」等の表記をするように依頼してください。
3. 禁煙治療費のみの金額

上記の記載がない領収書では受付できませんのでご注意ください。

支　給　決　定　伺

領　収　書　貼　付　用　継　紙

被保険者氏名	被保険者等記号・番号
	－

ロジスティード健康保険組合

☆領収書原本はこの紙に貼付してください☆

領収書には医療機関等による次の項目の記載が必要です。
記載がない領収書では受付できません。

1. 対象者氏名
2. 但し書き

＊領収書には必ず「禁煙治療費・治療薬代」等の表記をするよう、医療機関にご依頼ください。

3. 禁煙治療費のみの金額

＊他の治療を同時に受けている場合は、
禁煙治療費のみの金額を記載いただくよう医療機関にご依頼ください。

提出先：所属会社の総務課（LDの方は[人サ]）
※出向者は所属元の会社にご提出ください。
※任意継続加入者の方は[健保]へ直接送付ください。

2024. 12