

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合

禁煙治療費補助金申請書 (保険適用禁煙外来用)

年 月 日

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 宛

勤務地	記号・番号	申請者氏名

治療者氏名	続柄	外来治療日	医療機関名	料金
		1回目		
		2回目		
治療結果記入欄(必須)		3回目		
該当するものを○で囲んでください。		4回目		
		5回目		
1. 禁煙成功		5回合計	自己負担合計	
2. 禁煙失敗 → (本数は減った・変わらない)				
振込口座	金庫 銀行	支店	口座番号 普通() フリガナ 口座名義:	

【補助対象者】被保険者・被扶養者(20才以上) ※被扶養者以外の家族は対象外

【補助回数】12ヶ月間で1回 (5回通院完了後)

【補助金額】上限20,000円/人

【添付書類】医療機関が発行した5回分の領収書をこの申請書に添付

【支給について】月末までの申請分は翌月に指定口座に振込み。

【不支給について】5回の治療が完了する前に中止した場合、健保資格を喪失した場合は不支給

(5回の治療途中でも禁煙できた場合は支給)

※他の禁煙外来補助と禁煙パッチ・ガム補助を同一年度内に受けることはできません。

領収書添付欄

--	--

健保使用欄

支給 / 可・不可	円
-----------	---

検印	常務理事	事務長	担当

