

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合

禁煙(パッチ・ガム)補助金申請書

年 月 日

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合

勤 務 地	記号・番号	申 請 者 氏 名

対 象 者 氏 名	続柄	購入日	購入店名	費 用
		1 回 目		
		2 回 目		
		3 回 目		
結果記入欄(必須)		4 回 目		
該当するものを○で囲んでください。 1. 禁煙成功 2. 禁煙失敗 → (本数は減った・変わらない)		5 回 目		
		6 回 目		
		合 計		
振込口座	金庫 銀行	支店 普通 (      )	口座番号 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  
 【 補 助 金 額 】 上限20,000円/人 。但し禁煙パッチは8週分、禁煙ガムは12週分まで。  
 【 添 付 書 類 】 購入店が発行した領収書をこの申請書に添付  
 【 支給について 】 月末受付までの申請分は翌月振込口座に支給。  
 【 不支給について 】 個人の都合で中止した場合、健保資格を喪失した場合は不支給  
 初回の購入日から2年以内に申請書の提出がなかった場合は不支給  
 ※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

