

**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。		5回目		
		6回目		
		合計		
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

【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す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
-----------	---

	常務理事	事務長	担当
検印			

