

常務理事	事務長	担当者	担当者

禁煙外来治療補助金申請書

令和 年 月 日

◎被保険者が自ら署名する場合は被保険者の押印は不要です。

被 保 険 者 証 の		社員番号		事業所名称	
記 号	番 号				
被 保 険 者 の 氏 名		性 別	生 年 月 日		
		男・女	昭和 平成	年	月 日
医療機関名				初回診療日	
				令和 年 月 日	
調剤薬局名				最終診療日	
				令和 年 月 日	
医 療 機 関			薬 局		
診療年月日		領収証金額		調剤年月日	
年 月 日		円		年 月 日	
年 月 日		円		年 月 日	
年 月 日		円		年 月 日	
年 月 日		円		年 月 日	
年 月 日		円		年 月 日	
年 月 日		円		年 月 日	
補助金振込先					
振込希望の 銀行名	銀行		口座番号 (普・当)		
	店		口座名義 (カタカナで記入)		

すべての領収証を添付してください、

受付日付印