

注1 太枠内に記入して下さい。枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、数字またはカタカナのみで、金額、回数については右詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

(1) 保険証の記号

1 2 0 0

(2) 保険証の番号

1 2 3 4 5 6 7

(3) 参加者の氏名・フリガナ

フリガナ ケン ホウ タ ロウ
健 保 太 郎

(4) 該当するものに✓印を入れてください

被保険者
(社員・任意継続)被扶養者
(JR健保加入の家族)

(5) 連絡先電話番号

03-5334-1030

事務局からお問合せを差し上げることがあります。
日中連絡のとれる番号をご記入ください。(携帯電話可)

(6) 禁煙外来を受診した期間

9

9:令和

0 3 1 2 0 1

年 月 日

9

9:令和

0 4 0 2 2 2

年 月 日

まで

(7) 禁煙外来を受診した回数

回

回

実際に禁煙外来で指導を受けた回数を記入してください。

(8) 今回添付する領収書の記載内容(受診年月日・金額) ※各金額欄は診察費と薬剤費の合計額を記入する。

添付する領収書が7回分以上にわたる場合は、申請書をコピーのうえ申請してください。

9

9:令和

0 3 1 2 0 1

年 月 日

受診分

3 7 6 0

万 千 百 十

円 (診察・薬剤計)

9

9:令和

0 3 1 2 1 5

年 月 日

受診分

3 6 3 0

万 千 百 十

円 (診察・薬剤計)

9

9:令和

0 3 1 2 2 9

年 月 日

受診分

6 0 6 0

万 千 百 十

円 (診察・薬剤計)

9

9:令和

0 4 0 1 2 5

年 月 日

受診分

6 0 6 0

万 千 百 十

円 (診察・薬剤計)

9

9:令和

0 4 0 2 2 2

年 月 日

受診分

9 0 0

万 千 百 十

円 (診察・薬剤計)

9

9:令和

年 月 日

受診分

円 (診察・薬剤計)

万 千 百 十

※今回添付する領収書の合計金額

2 0 4 1 0

万 千 百 十

円

(9) プログラム参加者の禁煙を確認する署名欄

私は、(3)に記載の参加者が受診終了から2か月後の現在、禁煙していることを確認しました。

令和 4年 4月 23日 (受診終了日から2か月以上経過していることが必要です。)

署 名

保険 一男

(参加者との関係: 職場の同僚)

【補助金の支給限度額】

5千円を上限とした実費(保険適用診療の場合)

※保険適用外診療の場合は2万円を上限とした実費

《注意》領収書には、別紙貼付台紙に記載の事項を含んでいることが必要です。必ず領収書本通(コピー不可)を添付のうえ申請してください。領収書に不備がある場合には、補助金が支給されないことがあります。

上記のとおり、申請いたします。

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

令和 4年 4月 23日

(受診終了日から2か月以上経過していることが必要です。)

氏 名 健 保 太 郎