

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

〇〇〇-△△△△-××××

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) 対面により禁煙外来を受診した期間

9

7:平成
9:令和

〇 △ 1 2 0 1

年 月 日

から 9

7:平成
9:令和

〇 □ 0 2 2 2

年 月 日

まで

(7) 対面により禁煙外来を受診した回数

回

実際に対面により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

〇 △ 1 2 0 1

年 月 日

受診分

3 7 6 0

円 (診察・薬剤計)

万 千 百 十

9

9:令和

〇 △ 1 2 1 5

年 月 日

受診分

3 6 3 0

円 (診察・薬剤計)

万 千 百 十

9

9:令和

〇 △ 1 2 2 9

年 月 日

受診分

6 0 6 0

円 (診察・薬剤計)

万 千 百 十

9

9:令和

〇 □ 0 1 2 5

年 月 日

受診分

6 0 6 0

円 (診察・薬剤計)

万 千 百 十

9

9:令和

〇 □ 0 2 2 2

年 月 日

受診分

9 0 0

円 (診察・薬剤計)

万 千 百 十

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

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 □年 ●月 △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 □年 ●月 △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