

対面禁煙外来費用補助申請書送付時のご注意点

- 年度内で1回に限り参加できます。(他のコースに参加した場合はできません。)
- 対面禁煙外来費用補助申請書の健保受付時にJR健保の加入資格が必要です。
- 必要書類を確認してください。
 - ・ 領収書は、申請書と同時にダウンロードされる**禁煙外来受診領収書貼付台紙**に貼り付けて提出してください。
 - ・ 領収書は、必ず原本を貼付してください。コピー等を貼付しても受理できません。
 - ・ 領収書には、下記①～⑥の記載があることが必要です。
 - ① 受診者氏名(フルネーム、参加者と同じ必要があります)
 - ② 受診内容(禁煙外来など※)
 - ③ 受診年月日(各回)
 - ④ 金額(他の経費と合算される場合は内訳の分かるもの)
 - ⑤ 医療機関名
 - ⑥ 医療機関の印または医師の認印

※領収書に受診内容の記載がない場合は、領収書と一緒に発行される診療報酬明細書等を添付していただく補助金支払までが円滑になります

- ・ 補助金支給の対象となった領収証は返却できません。

申請期限は、診療開始年度の翌年度末となります。

西暦〇△×1年4月1日～西暦〇△×2年3月31日に受診を開始した診療の領収書
※ 西暦〇△×3年3月31日(必着)まで申請が可能です。

- 申請書には、受診終了から2ヵ月後に禁煙していることを確認した第三者の署名が必要です。
- 受診終了2ヵ月経過後すみやかに提出してください。
.....
- いただいた個人情報、プログラムの運営全般や申込者への連絡に使用させていただきます。
- 当健康保険組合助成による本プログラムの申込者に関する申込情報と禁煙継続に関する情報は、健康教育や保健指導等、疾病予防に効果的につながる保健事業の実施のため、被保険者所属箇所の医療関係者(産業医・保健師等)または特定保健指導委託先に提供します。

禁煙サポートプログラム 対面禁煙外来受診費用補助申請書

1203

- 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)被保険者等記号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	(2)被保険者等番号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	(3)参加者の氏名・フリガナ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px;">フリガナ</td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td></tr></table>	フリガナ							
フリガナ										
(4)該当するものに✓印を入れてください <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 被保険者 (社員・任意継続)</td><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 被扶養者 (JR健保加入の家族)</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> 被保険者 (社員・任意継続)	<input type="checkbox"/> 被扶養者 (JR健保加入の家族)	(5)連絡先電話番号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <small>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)</small>						
<input type="checkbox"/> 被保険者 (社員・任意継続)	<input type="checkbox"/> 被扶養者 (JR健保加入の家族)									
(6)対面により禁煙外来を受診した期間 <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和</td><td style="width: 40%;"><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> から</td><td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和</td><td style="width: 30%;"><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> まで</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">年 月 日</td><td></td><td style="text-align: center;">年 月 日</td></tr></table>			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> から	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> まで		年 月 日		年 月 日
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> から	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> まで							
	年 月 日		年 月 日							
(7)対面により禁煙外来を受診した回数 <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 10%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td style="width: 5%; text-align: center;">回</td><td style="width: 85%;">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。</td></tr></table>			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	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。					
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	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。 <small>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。</small>										
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 年 月 日	受診分 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円 (診察・薬剤計) 万 千 百 十								
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 年 月 日	受診分 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円 (診察・薬剤計) 万 千 百 十								
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 年 月 日	受診分 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円 (診察・薬剤計) 万 千 百 十								
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 年 月 日	受診分 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円 (診察・薬剤計) 万 千 百 十								
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 年 月 日	受診分 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円 (診察・薬剤計) 万 千 百 十								
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 9:令和	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 年 月 日	受診分 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円 (診察・薬剤計) 万 千 百 十								
※今回添付する領収書の合計金額 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円 万 千 百 十										
(9)プログラム参加者の禁煙を確認する署名欄 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 5px;">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 _____ (参加者との関係: _____)</td></tr></table>			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 _____ (参加者との関係: _____)							
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 _____ (参加者との関係: _____)										
【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 _____	

