

禁煙外来治療補助金申請書

下記のとおり禁煙外来治療補助金を申請します。

年 月 日

東京都電気工事健康保険組合
理事長 殿

送付先 〒

住 所

被保険者

氏 名

印

電話番号

()

記

記号	番号	続柄	禁煙外来治療を受けた方	
			氏	名
		本・家		
医療機関	所在地 名称			
治療回	禁煙治療日	支払金額		
		保険医療機関	保険調剤薬局	
第1回	年 月 日	円	円	
第2回	年 月 日	円	円	
第3回	年 月 日	円	円	
第4回	年 月 日	円	円	
第5回	年 月 日	円	円	
合計		円	円	

【注意事項】

- 治療開始から終了までの全期間、当健康保険組合に加入している必要があります。
- 禁煙治療のための標準手順書に沿った治療について、補助対象となります。

◎補助金を受け取る被保険者の口座を記入してください。

金融機関	銀行 金庫 組合		
支店	本店 支店 出張所	種別	1. 普通 2. 当座
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

受付日付印

〒111-0052
東京都台東区柳橋1-27-1
東京都電気工事健康保険組合
保健課宛
TEL03-3861-1852

(注) 実施した保険医療機関等発行の領収書と診療明細書の写し(全回分)を添付してください。