

禁煙外来助成金請求書

		※決定金額	ここは記入しないでください。	円
組合員等記号番号	組合員氏名	所属所名		
123 — 456	共済 太郎	〇〇市役所		
受診者氏名	生年月日	続柄		
共済 太郎	昭和・平成 〇年 〇月 〇日	本人		

	診療年月日	支払額 (自己負担額)
第1回目	令和 〇年 〇月 〇日	3,000 円
第2回目	令和 〇年 〇月 〇日	3,000 円
第3回目	令和 〇年 〇月 〇日	3,000 円
第4回目	令和 〇年 〇月 〇日	3,000 円
第5回目	令和 〇年 〇月 〇日	3,000 円
合計		15,000 円

上記のとおり禁煙外来を受けたので、助成金を請求します。
栃木県市町村職員共済組合理事長 様
〇年 〇月 〇日

住所 〇〇〇市〇〇町1-2-3
請求者
組合員氏名 共済 太郎

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。
〇年 〇月 〇日

職名 〇〇〇市長
所属所長
氏名 〇 〇 〇 〇

添付書類

- 禁煙外来助成金請求書に医療機関発行の領収書・診療明細書（原本、5回分）を貼付し、禁煙成功証明書を合わせて提出してください。
- 領収書・診療明細書の原本を貼付できない場合は、領収書の写しに所属所長の原本証明を受けて貼付してください。

注意事項

- 助成対象者は、組合員（任意継続組合員を除く。）及びその被扶養者で禁煙に成功した方です。
- 保険適用の禁煙外来を受診した場合、自己負担額を年度内に1回のみ助成します。
- 助成金の送金先は、組合員の共済組合登録口座です。
- 組合員あて送金通知書の発行はしませんので、通帳で入金の確認をしてください。