

## 令和8年度 禁煙外来補助金 申請書

令和 年 月 日					
全国印刷工業健康保険組合 常務理事 殿					
当事業所の従業員（被保険者）並びにその被扶養者が受診した禁煙外来について、下記の通り補助金の申請をいたします。					
事業所名				担当者名	
所在地	〒			電話番号	
被保険者等 記号-番号	—		被保険者 氏名		
受診者氏名			生年月日 (受診者)	昭和 平成	年 月 日 区分 本人・ 家族
医療機関名			調剤薬局名		
受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日		支払合計額 (医療機関・薬局)	円	
振込先 (事業所宛て) 下記の①または②から一方を選択のうえ、○をしてください。 ②を選択した場合は、下記に銀行名等をご記入ください。 ① 登録済みの口座(※)を希望する ② 下記の口座を希望する ※給付金の振込用として、既に当健康保険組合へ登録されている事業所の口座（任意継続被保険者については、個人の口座）。					
銀行名			本・支店名		
預金区分	普通 ・ 当座		口座番号		
口座名義	フリガナ				

## &lt;注意事項&gt;

- 対象者 令和8年4月1日時点で20歳以上の被保険者及び被扶養者
- 添付書類 「禁煙外来補助金 領収書貼付書」に以下の①及び②を貼付して、ご提出ください。  
①医療費・薬剤費の領収書の写し、②診療明細書・薬剤明細書の写し  
※領収書及び明細書等は、全5回分が必要です。
- 対象期間 令和8年4月1日(水)～令和9年3月31日(水)受診分
- 申請締切日 令和9年4月5日(月)
- 任意継続被保険者については、事業所に関する欄の記入は不要です。
- 申請書に記載された個人情報、禁煙外来補助金の支給手続きのためにのみ利用します。
- 個人情報保護の取扱いについては、当組合ホームページをご覧ください。

※組合使用欄

照合済