健保使用欄

禁煙費用補助支給決議書				
受付年月日	年　月　日	常務理事	事務長	担当者
承認年月日	年　月　日			
支給年月日	年　月　日			
備　考	禁煙外来	**支 給 額**	**¥**	

禁煙費用補助支給申請書

下記太線枠内をご記入ください

禁煙を達成しましたので、禁煙費用補助の申請を致します。

フリガナ 被保険者 氏　名		保険証の 記号・番号	＊保険証の上部に記載されている記号と番号 —
会　社 （事業所）		所属部署	
フリガナ 禁煙達成者 氏　名		続　柄 本人　家族 ➡ （　　）	禁煙終了時年齢 歳
禁煙費用	¥　　**※領収書（原本）添付【補助上限￥10,000】**		
禁煙開始日	令和　　年　　月	禁煙終了日	令和　　年　　月
禁煙外来 達成証明	【協力者氏名】	（家族　上司　同僚　他）	

振込先指定口座 被保険者の				
金融機関	金融機関コード □□□□ 金融機関名称 ----------	銀行　金庫　信組　農協 その他 ➡ （　　）		
	支店コード □□□ 支店名称 ----------	本店　支店　出張所 本所　支所		
預金種別	普通　当座　その他	口座番号 （右づめ）	□□□□□□	
口座名義 （カタカナ）				

感想・ご意見など

記入日

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名

森永健康保険組合　殿

ご報告いただいた個人情報は、禁煙支援事業以外には使用いたしません。

morinagakenpo　R03.03.01