

提出日： 年 月 日

禁煙治療補助申請書

ファイザー健康保険組合御中

記号- 番号： _____

氏名： _____

申請記入欄

治療開始日	和暦年	月	日	治療終了日	和暦年	月	日
医療機関名							
医療機関所在地							
治療に要した金額	(領収書総額)	円		請求額		円	
健保記入欄							

振 込 口 座	金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	預金種別	口座番号			
			普通				
	口座名義	(フリガナ)					

<<<<<<<領収書コピー貼付欄>>>>>>>>

初診から **12週、5回分**の領収書コピーを貼付してください。

※禁煙治療は、1・2・4・8・12週の通院が原則となっています。

◆領収書のコピーが12週、5回分貼れない場合は、お知らせ下さい。

- 治療プログラム終了前に禁煙成功
- 医療機関の指示により治療を中止 (指示の内容 _____)
- その他の理由 (_____)

※ご自身の意思で禁煙治療を中止した方、領収書コピーの添付ができない方は申請できません。