

提出日： R5 年 9 月 9 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： 200-1234567

氏名： 健保 太郎

## 申請記入欄

治療開始日	R5 年	6 月	1 日	治療終了日	R5 年	8 月	24 日
医療機関名	●●●●クリニック						
医療機関所在地	愛知県名古屋市 XXXXXX1-2-3						
治療に要した金額	63,520	円	請求額	63,520	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						
		●●●●銀行	XXXX 支店	普通	1	2	3	4	5	6
	口座名義	(フリガナ) ケンポ タロウ								
		健保 太郎								

<<<<<<<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。

一般的な治療費として次のようなものが発生します

- 初診料、再診料
- ニコチン依存症管理料
- 薬剤費
- 処方箋料

◆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。