

※健保記入欄

決裁金額	円	課長	担当者
決裁日			

禁煙治療費用補助金請求書

太枠内をご記入ください

小田急グループ健康保険組合理事長 殿

請求日	年 月 日
-----	-------

禁煙外来治療全5回を受診し、初診から6ヶ月間禁煙を継続出来たため補助金を請求いたします。

被 保 険 者	記号		番号		会社名	
	氏名 (自署)				所属部署	
	住所 連絡先 (携帯等)	〒 TEL ()				
振 込 先 金 融 機 関	名称				銀行	支店
	□座種類	1 普通	2 当座	□座 番号		
	フリガナ	姓			名	
	□座名義人					

添付書類：禁煙外来治療領収書・明細書のコピー（5回分）

【2022年3月改訂】