健保記入欄

支給決定金額	円	課長	担当者
支給決定日			

禁煙治療費用補助金請求書
（任意継続被保険者用）

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	900	番号		氏名（自署）	印
	住所連絡先（携帯等）	〒　　－ ＴＥＬ　　（　　）				
振込先金融機関	名称	銀行　　支店				
	口座種類	１．普通　　２．当座		口座番号		
	フリガナ					
	口座名義人					

添付書類：禁煙外来治療領収書・明細書のコピー（５回分）

【２０２０年４月改訂】