

禁煙治療費用補助支給申請書

下記の通り禁煙治療補助の支給を申請致します。

被保険者等	記号		所属事業所		
	番号				
被保険者氏名	フリガナ		生年月日	年	月 日
ご連絡先(email/TEL)	@			TEL	
禁煙治療を行った者の氏名	フリガナ		生年月日	年	月 日
	(続柄:)				
受診医療機関名及び住所					
診療を開始した日	年	月	日	診療回数	回
診療が終了した日	年	月	日		
禁煙治療に要した費用	円 (自己負担の総額を記入)				

申請前に、必ずお読みください。

支給対象者	20歳以上の被保険者及び被扶養者とする。
支給要件	日本国内の医療機関において禁煙外来(保険診療もしくは自由診療)を受診し、禁煙外来による禁煙治療を終了した場合に支給するものとする。 ※禁煙治療を途中で断念した場合は、支給されません。 ※個人で購入した禁煙補助薬(ニコチンガム、ニコチンパッチ、禁煙パイプなど)の費用は支給対象外です。
支給内容	禁煙治療に要した費用のうち、自己負担した金額1円を1ポイントとして換算したヘルスポイントを、20,000ポイントを上限に支給します。 本ヘルスポイントの有効期限は、医療機関での診療が終了した日の属する年度の翌年度の末日です。
支給回数	補助は1名につき1回までとする。
添付書類	禁煙治療にかかった全ての領収書(原本) ※自由診療の場合は、「禁煙治療」である旨が記載されている領収書
申請期限	医療機関での診療が終了した日の翌日から1年以内にご申請ください。
申請先 お問合せ先	ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合 〒151-0051東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト TEL:03-6380-1635 ※必ず郵送でご申請下さい。

受付日付印

健康保険組合 記入欄

常務理事	事務長	担当	支給決定ポイント数