

| | | | | | | |
|------|-----|-----|-------|----|------------|---|
| 支給決定 | 理事長 | 事務長 | 事務長補佐 | 担当 | 助成金 支給額 | 円 |
| | | | | | | |
| 支給日 | | | | | | |

禁煙外来治療費助成金申請書

※禁煙外来治療に要した費用の領収書又は明細書の原本を必ず添付してください。

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------|-----|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|
| 被保険者証 記号・番号・枝番 | 食 | — | | | | | | | | | |
| 受診者名 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 — | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | () — — | | | | | | | | | | |
| 受診医療機関 | 名称： | | | | | | | | | | |
| | 所在地： | 〒 — | | | | | | | | | |
| 受診日 | 医療機関への支払額 | | | | | 調剤薬局への支払額 | | | | | |
| 1回目 (/) | 円 | | | | | 円 | | | | | |
| 2回目 (/) | 円 | | | | | 円 | | | | | |
| 3回目 (/) | 円 | | | | | 円 | | | | | |
| 4回目 (/) | 円 | | | | | 円 | | | | | |
| 5回目 (/) | 円 | | | | | 円 | | | | | |
| 合計 助成対象金額 | 円 | | | | | 円 | | | | | |

上記の通り禁煙外来治療費助成金を申請します。

令和 年 月 日

組合員

京都市食品衛生
国民健康保険組合理事長 殿

| | | |
|----|---------|--|
| 住所 | 〒 — | |
| 氏名 | Ⓜ | |
| 電話 | () — — | |