

# 禁煙外来補助金 支給申請書

記号- 番号	12 -	被保険者氏名	フリガナ		
会社名・所属名	(日野自動車社内便を使える方は社内便) 〒				
電話番号 (日中の連絡先)	(内線がある方は記載ください)				
禁煙外来 受診者氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成	年 月 日
診察を受けた月日	診療開始年月日 令和 年 月 日より		通院日数	日	
	診療終了年月日 令和 年 月 日まで				
診療を受けた 医療機関名				都・県	市・区
A 自己負担額	円				
B 会社補助額	円	日野自動車ころとからだの健康推進センターで受診し、 会社補助を受けた場合は必ず記入し、医師(産業医)の 印をもらってください	ころとからだの健康センター・( ) 産業医名	印	
A - B 差引自己負担額 (補助申請額)	円 (補助申請額が1万円を超える場合の補助額は1万円となります)				
私、_____は、禁煙外来にて禁煙を達成しましたので以上の通り、補助金を申請します。					
年 月 日					

**【申請条件と注意点】**

提出物①補助金申請書(本紙) ②領収書、診療明細書(コピー、禁煙外来を受診した事がわかる書類)③禁煙外来終了証明書(コピー)

③は医療機関で証明書の発行がない場合は、健保組合HPから「禁煙外来終了証明書」を印刷し、記入してもらってください。

印刷等出来ない方は、健保組合にご連絡ください。その発行費用は補助金対象にはなりません。(自己負担となります)

・補助金支給申請は禁煙外来終了証明書発行日から3ヶ月以内に申請をしてください

・補助金支給申請時に日野自動車健康保険組合の加入者でない場合は申請できません

・毎月15日までに申請を受付けたものは、翌月の健保給付日※に給付します

※給付日は日野健保から事業主および任意継続者の方に振込む日ですので、実際の振込日は事業主に確認してください

・日野自動車 ころとからだの健康推進センター(各工場)で禁煙外来を受診し、日野自動車の補助を受けた場合は、補助適用後の自己負担額が健保補助対象となります(日野自動車の補助額を記入し、医師(産業医)の印をもらってください)

**■提出先: 〒191-8660 東京都日野市日野台3-1-1 日野自動車健康保険組合 健康づくり事業宛**

**■問合せ先: 日野自動車健康保険組合 TEL042-586-5720**

日野健保記入欄

支給決裁書				受付日付印	
常務理事	事務長	担当者	担当者	支給日: 年 月 日	
				支給金額	
				(自己負担金の 上限1万円まで)	
				円	