# 禁煙外来治療補助金支給申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者<br>記号番号 | | | | |
| 受診者氏名 | | | 正組合員<br>との続柄 | |
| | 連絡先電話番号 | （　　） | | |
| 受診医療機関 | 名　称 | | | |
| | 所　在　地 | | | |
| 治療期間 | 初　回 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| | 最　終 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 治療費用<br>総額 | 全受診分（外来分、調剤分）の領収書（写）を添付してください。<br><br>円 | | | |
| 証　明 | ※医療機関で発行された終了証明書（写）等を添付してください。<br>終了証明書（写）等がない場合は下記へ「医師の証明」をお願いします。<br><br>上記の者が禁煙治療を終了したことを証明する。<br><br>医師名　　印 | | | |
| 正組合員 | 上記のとおり申請いたします。<br>住　所<br><br>氏　名　　印<br>愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 振込先金融機関名 | 銀行　信金　信組　農協 | | | | | |
| 店　名 | 支　店 | 店番 | | | | |
| 口座番号 | 当座　普通　貯蓄　その他　※いずれかに〇で囲って下さい | | | | | |
| | | | | | | |
| 口座名義人 | フリガナ | | | | | |
| | 氏　名 | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 国保組合記入欄 | 支給決定金額 | 円 |