

送付先: 〒105-8310

東京都港区東新橋 1-6-2

資生堂健康保険組合 禁煙支援係宛

ご記入後、社内メール便または郵送にてこの書類をお送り下さい。

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当

禁煙治療費用還元申請書

禁煙外来にて医師の指導のもと、禁煙治療プログラム(原則として、12週間にわたり計5回の診療を行うプログラム)に参加した場合、診療費用のうち5,000円(上限)を還元します。

対象となる方(下記3項目に当てはまる方)

- 禁煙外来にて医師の指導のもと、禁煙治療プログラムに参加し禁煙した方
(健康保険適応になった場合でも、ならなかった場合でも対象になります)
- 原則として5回の診療を終了した方
- 申請時点で資生堂健康保険組合加入者(本人)の方

禁煙外来受診が確認できる医療機関の領収書(コピー可)5枚を裏面に必ず添付願います。

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 (本 人)	被保険者氏名	社員番号	被保険者証の記号	被保険者証の番号
	事業所名	所属名	連絡先(日中連絡がとれる電話番号)	
	連絡先(住所)			
	〒	—		
	禁煙外来受診初日	禁煙開始前の喫煙本数	申請金額(5,000円未満は実費補助)	
平成 年 月 日	1日 本	円		
禁煙宣言	私は、禁煙治療プログラムに参加し、平成 年 月 日より禁煙しています。 自筆署名 _____			
振込銀行口座 (本人名義)	銀行名	銀行	銀行コード	
	支店名	支店	支店コード (店番号、取扱店番号)	
	口座番号	普通預金	カタカナ 口座名義	

* 資格喪失後は、対象となりません。

* ご提出いただく用紙に記載された個人情報、費用還元の振込のために使用するほか、資生堂健康保険組合および株式会社資生堂にてデータベース化し、健康増進のためのデータ解析に使用することがあります。
また、禁煙治療後のフォローとしてお電話やお手紙によるご連絡を差し上げることがあります。

健保記入欄	受付番号		受付日	平成 年 月 日	支給額	円
-------	------	--	-----	----------	-----	---