

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

常務理事	事務長	担当

郵送または社内メール便で領収書とともに提出ください

禁煙外来治療 費用補助申請書

禁煙外来で医師の指導のもと、禁煙治療（原則12 週間で診療5 回）を終了して禁煙に成功した場合に健康保険適用となる診療費用のうち5,000 円（上限）を補助します。
以前に当申請をしたことがある場合の再チャレンジも受け付けます。

■ 禁煙治療費用補助条件

治療開始時から費用申請時まで全ての期間において資生堂健康保険組合の加入者であること

■ 費用補助対象者

資生堂健康保険組合に加入している被保険者（本人）および20歳以上の被扶養者（家族）

■ 必要添付書類

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 枚を添付し提出してください

以下の欄を全てご記入ください

申請日	年 月 日
申請者氏名	印 （フリガナ ）
加入者区分	該当区分にレ ☐ 被保険者 ☐ 被扶養者（被保険者氏名 ）
被保険者等記号・番号	被保険者等記号 被保険者等番号
現住所	〒 -
連絡先	日中連絡がとれる電話番号
所属事業所・部・グループ ※被保険者のみ記入	

禁煙治療開始日	年 月 日			
禁煙治療完了日	年 月 日			
禁煙開始前の喫煙本数	1 日 本			
費用補助申請額	円			
費用補助振込先口座 （申請者本人名義）	銀行名		銀行コード	
	支店名		支店コード	
	口座番号	普通預金	カタカナ 口座名義	

※資格喪失後は申請できません。
※この用紙に記載された個人情報とは該施策運用で利用するほか、資生堂健康保険組合が実施する保健事業で活用することがあります。