

# 禁煙サポート 補助金申請書（被保険者本人用）

★ 注意事項をご確認の上、太枠内をご記入ください

利用者	保険者証の記号 — 番号	フリガナ	
	—	氏名	
	生年月日	年齢	
	年 月 日	歳	

申請内容	実施内容	支払額	補助 上限額	【健保記入欄】 支給額
	① ニコチンガム購入		¥10,000	
② ニコチンパッチ購入				
③ 禁煙外来受診				
支給決定額				

委任状	<p>LIXIL健康保険組合理事長 殿</p> <p>上記により支給される金額の受領について、事業主から健康保険組合 に届出のある受領代理人に委任いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">※自署（名前を直接手書きで記入）の場合、押印省略可</p>
-----	--

注意事項	<p>1) LIXIL健保の被保険者(本人)のみご申請が可能です。</p> <p>2) 年1回（4月～翌年3月の間）申請が可能です。</p> <p>3) 月末までに健保が受理した申請書に対し、翌々月の給与にて支給します。</p> <p>4) ①と②は領収書、③は領収書と診療明細書や調剤明細書を必ず添付してください。</p> <p>領収書と診療明細書または調剤明細書は、必ず下記必要事項が記載されたものを添付してください。</p> <p>利用内容が不明の場合は補助の対象外となります。(コピー不可)</p> <p>【必要事項】</p> <p>①②の場合 利用者氏名・購入年月日・薬局名・薬剤名が記載されたもの</p> <p>③の場合 受診者氏名・受診年月日・医療機関名・受診内容 禁煙外来の診療内容や、禁煙補助剤の薬剤名が記載されたもの</p>
------	--