

# 禁煙サポート 補助金申請書 (被保険者本人用)

注  
意  
事  
項

- 1) LIXIL健保の被保険者(本人)のみ申請が可能です。
- 2) 年1回 (4月～翌年3月の間) 申請が可能です。
- 3) 月末までに健保組合が受理した申請書に対し、翌々月の給与にて支給します。
- 4) 申請内容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。領収書と診療明細書、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。利用内容が不明の場合は補助の対象外となります。(領収書のコピー・メールでの申請不可)

### 【必要事項】

申請書内容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

申請書内容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

### ★ 注意事項をご確認の上、太枠内をご記入ください

利 用 者	被保険者等の記号 — 番号	フリガナ		
	—	氏名		
	生 年 月 日			
	年      月      日	年齢	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	
	ニコチンパッチ購入			
	禁煙外来受診			
支給決定額				

委  
任  
状

LIXIL健康保険組合理事長 殿

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。

令和      年      月      日

被保険者氏名

印

※自署 (名前を直接手書きで記入) の場合、押印省略可