（伺年月日）　平成　　年　　月　　日

決裁欄	常務理事	事務長	課長	係長	担当者

禁煙外来プログラム終了者補助金支給申請書

補助金支給決定額 ※ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

下記のとおり所定の禁煙外来プログラムを終了したので補助金を申請します。

被保険者証の記号・番号	記号		被保険者の氏名と印		印
	番号				
被保険者の現住所	〒＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL　　（　　）				
事業所	名称				
	所在地				
禁煙外来プログラムを受けた者が被扶養者であるときはその者の	氏名		被保険者との続柄		
禁煙外来プログラムを受けた医療機関	名称				
	所在地				
禁煙外来プログラムを受けた期間及び通院回数	治療期間	平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日			
	通院回数	回			
禁煙外来プログラムの種類（標準受診期間）	1. 8週間コース　　2. 6週間コース 3. （　　）週間コース　　4. その他（　　）				
禁煙外来プログラムに要した費用の額	金　　円（領収書の原本を添付してください）				

注意事項　※印（補助金支給決定額）の欄は記入しないでください。

平成　　年　　月　　日提出

組合受付印

振込先	銀行・支店名	銀行　　支店
	口座番号	普通・当座 No.
	口座名義	