

健康保険

禁煙外来受診費用補助金支給申請書

提出日	令和 年 月 日		※太枠内に必要事項をご記入ください。		
健康保険被保険者	記号	社員番号		被保険者氏名	
	番号				
受診した期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
受診医療機関名					
受診に要した費用		円(領収書の金額をご記入ください。)			

◎健保からの補助対象は毎年度300名限定(先着)となっております。

※健保からの補助は被保険者に対し、10,000円が上限となります。(それ以下の場合は実費支給)

※補助は各年度内(4月～3月)につき1回となります。

※同一被保険者が年度を跨いで申請する場合、前年の補助金申請日より3か月以上期間を開けた場合にのみ支給するものとします。

健保からの補助金は、

会社へ届出されている給与口座に振込みさせていただきます。

任意継続の方は、任継申し込み時に届出された口座への振込みとなります。

《補助金申請に必要なもの》
※禁煙外来受診費用補助金支給申請書
※受診医療機関が発行した領収書(禁煙外来受診費用であることが分かるもの)(写しも可)

【送付先/問い合わせ先】

151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14 バリューHRビル3階
アルプス技研グループ健康保険組合
電話：03-5990-2177
メール：info@alpsgiken-kenpo.jp

受付印