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				
健康保険 被保険者	記号 番号	社員番号		被保険者氏名	
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。）				

※太枠内に必要事項をご記入ください。

◎健保からの補助対象は毎年度100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、30,000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