

## 禁煙治療費用補助金申請書(禁煙達成証明書)

事業所名				
保険証番号	記号		番号	
被保険者氏名			性別	男 ・ 女
治療者氏名			被保険者本人 ・ 被扶養者	
禁煙開始日	禁煙開始日    令和    年    月    日			
支援者の禁煙達成証明	上記の者は、禁煙を達成したことを証明します。 禁煙支援者 _____ (印) 関係 : 家族 ・ 上司 ・ 同僚			
振 込 先	金融機関	銀 行 信用金庫		本店 支店
	口座番号	普通預金	口座名義	カタカナ

添付書類 : 禁煙外来治療に要した費用の領収書(コピー可)

禁煙外来の治療による禁煙を達成しましたので補助金を申請します。

令和    年    月    日

被保険者住所

被保険者氏名

(印)

群馬県自動車販売健康保険組合

理 事 長    星 崎   功 明 殿