

## 禁煙プログラム費用補助申請書

- 禁煙プログラムを健康保険適用(保険診療)で参加・診療終了し、禁煙した場合に限ります
- 自治体などで行う補助とオリックスグループ健康保険組合の両方に申請いただくことはできません

以下のとおり、禁煙プログラム費用補助を申請いたします

申請日	年	月	日			
保険証 記号-番号	記号(3桁)		保険証の番号	氏名		生年月日 和暦で記入
		-				年 月 日
本籍会社 / 所属部署				日中確認可能な連絡先<電話番号またはメールアドレス>		
				<電話番号または メールアドレス>		

禁煙外来受診開始日 和暦で記入	禁煙外来受診終了日 和暦で記入	受診回数	禁煙開始前の喫煙本数
年 月 日	年 月 日	回	1日 本
診療代 (A)	調剤・禁煙補助薬代 (B)	領収証金額 計 (A)+(B)	
円	円	円	

※禁煙プログラムにかかった費用の一部を補助 補助金支給上限10,000円/年一回

■申請者本人名義の口座（給与第1口座）を正確にご記入ください

振込金融 機関名		銀行 信金 本 支店	銀行コード		種別	普通	口座番号 *最大7桁	
			支店コード		口座名義カナ名			

添付書類：

- 領収証原本 「領収証貼付用紙」に、のりで貼付してください（紛失防止等のためご協力ください）
- 医療機関発行の禁煙治療終了証明書類の写し

送付先： オリックスグループ健康保険組合 保健事業担当 宛  
〒105-5135 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル南館  
※申請書・添付書類は「社内便」または「郵便」にてお送りください

<健康保険組合処理欄>

\*受付印

検印	担当

支給決定金額	円
--------	---

常務理事決裁：支出決議書の通り