

## 禁煙プログラム費用補助申請書

- ・ 補助金の申請は年度内一回に限ります 補助金支給上限10,000円
- ・ 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
- ・ 給与第1口座に振込いたします

申請日	令和 年 月 日				
社員番号	健康保険 記号 (3桁) -番号		氏名	生年月日 和暦で記入	
		-		昭和	年 月 日
				平成	
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
令和 年 月 日	令和 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	

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

オリックスグループ健康保険組合禁煙プログラム費用補助