

記入例

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

申請日を記入してください

申請日	年 月 日				
保険証 記号-番号	記号(3桁) 111	-	保険証の番号 1111	氏名 健保 太郎	生年月日 和暦で記入 平成2 年 11 月 11 日
本籍会社 / 所属部署 オリックス**/●●部				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> taro.keno.XX@orix.jp	

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 4 年 4 月 10 日	令和 4 年 7 月 25 日	5 回	1日 20 本
診療代 (A)	調剤・禁煙補助薬代 (B)	領収証金額 計 (A)+(B)	
6,040 円	6,160 円	12,200 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	〇〇〇	銀行 信金 本 支店	銀行コード	****	種別	普通	口座番号 *最大7桁	1234567
	△△		支店コード	***	口座名義カナ名		ケンポ タロウ	

\*添付書類:

添付書類を確認してください

- 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

\*受付印

<健康保険組合処理欄>

支給決定金額	円
--------	---

常務理事決裁: 支出決議書の通り