

受付印

禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

所 属	〇〇局 〇〇課		組合員証番号				組合員氏名	
	TEL 〇〇〇-〇〇〇〇		〇	〇	〇	〇	〇	共 済 太 郎
組 合 員 記 載 欄			診察料他(医療機関)			調剤・薬剤料(薬局)		
	第1回目( 年 月 日受診分)		〇,〇〇〇円			〇,〇〇〇円		
	第2回目( 年 月 日受診分)		〇,〇〇〇円			〇,〇〇〇円		
	第3回目( 年 月 日受診分)		〇,〇〇〇円			〇,〇〇〇円		
	第4回目( 年 月 日受診分)		〇,〇〇〇円			〇,〇〇〇円		
	第5回目( 年 月 日受診分)		〇,〇〇〇円			〇,〇〇〇円		
	総合計					〇〇,〇〇〇円		
<p>上記のとおり申請します。                  横浜市職員共済組合理事長                  令和〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">所属 〇〇局 〇〇課                  申請者                  名前 共 済 太 郎 印</p>								

・補助対象となる治療は、令和2年4月1日から令和4年3月31日の間が初診となる保険適用禁煙外来治療です。

<添付書類>

・受診した回数分の医療機関及び薬局の領収書(写)、診療明細書(写)並びに調剤明細書(写)

<注意事項>

・虚偽又は不正が判明した場合、助成金の交付を取り消し、返還請求を行います。

振込口座

組 合 員 記 載 欄	金融機関名		支店名		支店コード	
	〇〇銀行		〇〇支店		〇〇〇	
	預金種別	口座番号		口座名義人(カタカナ)※本人名義に限ります		
	普通	〇〇〇〇〇〇〇〇		キョウサイ タロウ		

※申請書を提出するときは、  
**職員共済組合(671-3400)に必ず電話で発送の連絡をしてください。**

「職員番号」、「氏名」及び「所属」を必ずお伝えください。