

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	〇
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。</p> <p>横浜市職員共済組合理事長</p> <p>令和〇年 〇月 〇日</p> <p>所属 〇〇局 〇〇課</p> <p>申請者 名前 共 済 太 郎</p>								

・補助対象となる治療は、保険適用禁煙外来治療です。

<提出期限>

・本申請書兼請求書は、治療終了後3か月以内にご提出ください。

<添付書類>

・医療機関の「領収書」及び「診療明細書」の写し(各受診回数分)

・薬局の「領収書」及び「調剤明細書」の写し(各受診回数分)

<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。