

常務理事	事務長		

提出日： 年 月 日

禁煙支援費用補助申請書

アコム健康保険組合 理事長 殿

保険証記号・番号： ー

被保険者氏名： ㊟

支払日	処方内容(何日分)	チャンピックス代	郵送料	補助額
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				

補助申請総額 円

振込先指定金融機関 (口座:被保険者名義) ※ゆうちょ銀行は不可	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組						支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座 番号						口座名義 (カタカナ)	

※アコム健康保険組合使用欄	補助決定金額	円
---------------	--------	---

- 補助額 :チャンピックス代金の初回9100円、2回目・3回目9800円と郵送料520円。(最大3回分)
- 補助対象:被保険者がアコム健康保険組合の禁煙支援事業にて処方を受けたチャンピックス代金とその郵送料。
- 原則、月末までに到着した補助申請は、内容精査の上、翌月末までに指定金融機関口座へ振込
- ※申請は、代金支払いごとでも一括でも可能です。

【領収書・振込証明書貼付欄】	○領収書または振込証明書(ご利用明細票等振込先、振込金額のわかるもの)の原本を貼付してください。
-----------------------	--