

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： ㊞

購入日	商品名	購入代金	補助額
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
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			本・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：ニコチネルパッチ10、ニコチネルパッチ20の購入代金の約7割(一円の位を四捨五入、十円単位で申請)
- 補助対象:被保険者がアコム健康保険組合の禁煙支援プログラムに参加し、購入したニコチネルパッチの代金
- 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
- ※8週間分のニコチネルパッチ(組み合わせは問わず)を一括で申請ください。

【領収書貼付欄】	○領収書の原本を貼付してください。
-----------------	-------------------