

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

朱肉印・アコム印可

保険証記号・番号： -

領収書の日付

被保険者氏名： 印

購入日	商品名	購入代金	補助額
2023年 5月 31日	ニコチネルパッチ 20 (7枚入り)	3,080	2,160
2023年 6月 4日	ニコチネルパッチ 20 (7枚入り)	3,080	2,160
2023年 6月 18日	ニコチネルパッチ 20 (14枚入り)	5,940	4,160
2023年 6月 30日	ニコチネルパッチ 20 (14枚入り)	5,940	4,160
2023年 7月 14日	ニコチネルパッチ 10 (14枚入り)	5,280	3,700
年 月 日	枚数まで記入	税込金額	
年 月 日		購入代金の約7割 (一円の位を四捨五入、 十円単位で申請)	
年 月 日			
		補助申請総額	16,340 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)	記入不要(健保使用)

※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。

領収書の余白に保険証の記号・番号を記載
領収書等が貼り切れない場合は裏面または
別紙へ貼付