

常務理事	事務長		

提出日： 2021年 5月 21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)

支払日	処方内容(何日分)	チャンピックス代	郵送料	補助額
2021年 4月 16日	スタートパック 初回14日分 +チャンピックス錠1mg14日分	13,000	520	9,620
2021年 5月 14日	チャンピックス錠1mg28日分	14,000	520	10,320
年 月 日		初回9100円、2回目・3回目9800円 +郵送料520円(該当者のみ)		
補助申請総額				19,940 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)		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：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。

領収書等が貼り切れない場合は裏面または別紙へ貼付

領収書等の余白に保険証の記号・番号を記載

領収書

健保 花子 様 令和3年4月16日

¥13,000

但 チャンピックス代として

1-000

〒104-0044
東京都中央区明石町8-1 聖路加タワー2階
中央みなとクリニック

または

ご利用明細 ○○銀行

21'4'16	12345	お振込
67	8900	10203
時刻	振込手数料	¥13,520
	残高	¥*****

ご案内
振込先 中央みなと会
ご依頼人 健保花子

1-000