

令和7年度 禁煙外来補助金交付申請書

東京都電機健康保険組合 理事長 殿		年 月 日	
禁煙外来を受診しましたので補助金の支給申請をいたします。			
記号・番号	—	事業所名	
フリガナ		フリガナ	
被保険者氏名		禁煙外来受診者	
振込通知書送付先 及び日中の連絡先	〒 - TEL ()		
受診について	年 月 日 受診開始 年 月 日 受診終了		
医療機関名		調剤薬局名	
医療機関 所在地	〒 -	調剤薬局 所在地	〒 -
支払った金額(医療受診・お薬 すべての合計額)	円		

金融機関名	金融機関コード	フリガナ	
本・支店名	支店コード	フリガナ	
預金種別	普通 当座	口座番号	
預金口座名	フリガナ		

(注)
必ず被保険者の口座
情報をご記入ください

〈組合使用欄〉

補助金支給額 (5,000円上限)
登録No.

〈注意事項〉

- 当組合加入者(被保険者・被扶養者)で禁煙外来受診者が補助対象となり、薬局購入のみのニコチンガム等は対象外です。
- 申請は1人年度内、1回限りとし、5,000円上限として補助をします。
- 申請時には領収書、診療及び調剤明細書を添付してください。
- 結果として、禁煙の可否は問いません。
- 禁煙外来受診期間は4月1日～翌年3月31日までが対象となり、原則、治療プログラム終了後に申請をしてください。
但し、令和8年2・3月に受診開始し治療継続中の方でも令和7年度分としてご申請してください。
令和7年度分の最終申請期限は**令和8年4月3日(金)**です。

※この申請に係るデータについては 禁煙外来補助金交付以外の目的には使用いたしません。

受付印
No.

確認欄	申請書記載後、確認の上、左確認欄に☑をしてください。
<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。