

健康保険 禁煙外来治療補助金 支給申請書

被保険者 申請者 情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

治療対象者欄	対象者氏名				
	保険医療機関	名称	治療期間	年 月 日~ 年 月 日	
		所在地	通院回数	回	
	TEL	自己負担	円 (領収証原本を添付してください)		

※ 給与振込口座への給付を希望する場合は下記に記入

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	令和 年 月 日	代理人の氏名		
	申請者住所 氏名	代理人の住所 電話		

※ 給与振込口座を利用する場合は、下記の欄は記入不要

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 <input type="text"/>			

※ 健保使用欄

支給額	常務理事	事務長	担当者

受付日付印