ヤンマー健康保険組合理事長　殿

禁煙外来補助金申請書

事前申請時に記入（FAX or メール or 社内便 で申請）				令和　年　月　日
被保険者 記号番号	記 号 番 号		被保険者氏名	
社員番号			事業所・所属部課	
自宅・携帯電話				

・FAX: 06-6376-6379　・メール: kenpo@yanmar.com（PDF添付）・社内便: コピーを送る

治療終了時に記入				令和　年　月　日
禁煙治療期間	自：　令和　年　月　日 至：　令和　年　月　日			
振込銀行口座 （本人名義）	銀行名	銀行	銀行コード	
	支店名	支店	支店コード（店番号）	
	口座番号	（普・当）	口座名義（カナ記入）	

医師が証明する欄

禁煙外来の治療が終了し、禁煙に成功したことを証明する。

年　　月　　日

医療機関の名称と所在地

医 師 名　　㊞

治療の自己負担総額(医師の証明費除く)	円
医師の証明費用	円

※受診医療機関が発行した「領収書」（原本）をのり付けしてください。

＜領収書には以下の記載が必要です＞「治療の自己負担額」と「医師の証明費用」に分けて添付してください

いつ・・・・・年 月 日

どこで・・・・医療機関名・薬局名

誰が・・・・・禁煙治療を受けた方のお名前

何を・・・・・禁煙治療

いくら・・・・禁煙治療費用

＜禁煙外来補助について＞

1. 禁煙外来を受診し、外来治療自己負担金額に対して 10,000円を上限として補助金を支給します。
   自己負担金が 10,000円未満の場合は、その額とします。
2. 対象者は健康保険適用の禁煙治療セクションを持つ医療機関で受診した被保険者で禁煙に成功した方とします。
3. 禁煙外来補助金申請の手順
   ①事前の申請時（禁煙外来治療を始められる方を確認するためです。治療を始めてください。）
   必要事項を記入し、ヤンマー健保に FAX・メール・社内便 のいずれかで申請してください。
   ・FAX: 06-6376-6379　・メール: kenpo@yanmar.com(PDF添付)　・社内便: コピーを送る
   ②禁煙外来の治療中
   事前申請した用紙(原本)を保管しておいてください。
   ③禁煙外来の治療後
   事前申請に用いた申請書に必要事項記入の上、医師の証明を受けて、領収書(原本、明細含む)を添付して、ヤンマー健保に提出してください。指定口座に振込ます。