

禁煙治療外来受診申込書

IHG・ANAホテルズ健康保険組合 御中

令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|------------------|--------|----------|--|--|---------------|-----------|-------------|
| 事業所 名称 | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | 氏名 | | | | 生年 月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 (歳) |
| | 記 号 | 番 号 | | | 資格取得 年 月 日 | 昭和・平成・令和 | 年 月 日 |
| 受 診 施 設 | 名称 | | | | | 受診 予定日 | 令和 年 月 日 |
| | 内容 | 禁煙治療外来受診 | | | | 受診 予定額 | (税込) 円 |

IHG・ANA ホテルズ健康保険組合の取扱要項を遵守し、上記のとおり禁煙治療外来を受診しますので、
受診料補助金交付の承認をお願いいたします。

尚、検診結果数値等は、貴健保組合の保健事業等に活用されることに同意します。

| 健 保 組 合 | | | |
|---------|--|--|--|
| | | | |

| 事 業 所 | | | |
|-------|--|--|--|
| | | | |

上記についてはこれを認め、補助金交付申請書を送付する。

令和 年 月 日 承認

受付日付印

| |
|------|
| 承認番号 |
| K — |

禁煙治療外来受診料補助金交付申請書

IHG・ANAホテルズ健康保険組合 御中

令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|------------------|----|----------|--|--|-------------|---------------------------|-----------|
| 事業所 名称 | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | 氏名 | | | | 生年 月日 | 昭和 年 月 日 (歳) 平成 年 月 日 | |
| | 記号 | 番号 | | | 資格取得 年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| 受 診 施 設 | 名称 | | | | | 受診日 | 令和 年 月 日 |
| | 内容 | 禁煙治療外来受診 | | | | 受診額 総額 | (税込) 円 |

下記のとおり禁煙治療外来を受診しましたので、受診料補助金交付の申請をいたします。

| | | | |
|-----------|--------------------|-------------|-----------|
| 受診 年月日 | (受診開始) 令和 年 月 日 | 交付申請 対象額 | (税込) 円 |
| | (第5回目受診日) 令和 年 月 日 | | |

| 健 保 組 合 | | | |
|---------|--|--|--|
| | | | |

| 事 業 所 | | | |
|-------|--|--|--|
| | | | |

上記の申請については、以下のとおり決定し交付する。

交付申請対象額.....円

受付日付印

被保険者一部負担金.....円

健保組合交付決定額.....円

交付年月日 令和 年 月 日

出納日付印

| |
|------|
| 承認番号 |
| K — |

※領収書(原本) 添付要