

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

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