

2022年度 禁煙外来治療費用助成申請書

2022 年 8 月 16 日 申請

事業所名	所属事業所を○で囲んでください（出向者は出向元） 東北電力㈱・ 東北電力NW㈱ ・関係会社・任意継続 ※東北電力勤務の場合、お持ちの保険証に記載の事業所名に○		被保険者証番号		受診者氏名
所 属	〇〇電力センター ××課		記 号	番 号	
連絡先 電話番号	050-7789-2132		12	3456	東北 太郎
メールアドレス	*****@*****.co.jp				
年齢	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 50 年 7 月 10 日 (46 歳)				
受診医療機関	名 称	東北〇〇病院			
	所在地	仙台市青葉区本町1-7-1			
禁煙外来の治療は初めてですか？	<input type="checkbox"/> 初めて <input checked="" type="checkbox"/> 過去に受診あり (2000 年 10 月 頃)				
回 数	受 診 年 月 日	申 請 額		※健保組合使用欄	
第 1 回	医療機関	令和 3 年 5 月 15 日	1,270 円		
	調剤薬局	令和 3 年 5 月 15 日	2,150 円		
第 2 回	医療機関	令和 3 年 5 月 29 日	1,130 円		
	調剤薬局	令和 3 年 5 月 29 日	2,700 円		
第 3 回	医療機関	令和 3 年 6 月 12 日	1,130 円		
	調剤薬局	令和 3 年 6 月 12 日	4,870 円		
第 4 回	医療機関	令和 3 年 7 月 10 日	1,130 円		
	調剤薬局	令和 3 年 7 月 10 日	3,020 円		
第 5 回	医療機関	令和 3 年 8 月 7 日	920 円		
	調剤薬局	令和 年 月 日	円		
第 回	医療機関	令和 年 月 日	円		
	調剤薬局	令和 年 月 日	円		
申 請 額			18,320 円		

日中連絡がつく
番号をご記入ください。

医療機関での支払額と
調剤薬局での支払額を
それぞれご記入ください。

【助成概要】

- 対象者 当組合の被保険者(受診当日に当組合の資格がある方)
- 助成対象治療 医療機関にて保険証使用で受診した禁煙外来治療（オンライン診療含む）
- 助成金額 治療に要した自己負担額の全額
※診療内容について当組合より医療機関等へ問い合わせをすることがあり、その回答に応じて助成額を決定いたします。申請内容に誤りがあった場合は、当組合で修正いたしますが、修正内容等について、個別ご連絡はいたしませんのでご了承ください。
- 助成対象期間 **2022年4月1日～2023年3月31日 受診分**
- 申請方法 複数回分まとめてご申請ください。（受診の都度の申請も可）
- 添付書類 (1) 領収書の原本（医療機関および調剤薬局発行）
(2) 診療明細書および調剤明細書の原本
※オンライン診療の場合も上記添付書類が必要になりますので、事前に発行方法等について、医療機関へご確認ください。
※上記(1)・(2)の添付書類は、申請書の裏面にホチキス留めをして提出してください。
- 提出締切 **2023年4月14日(金) 健保組合必着**
- 提出先 健康保険組合 保健事業G