

様式第1号（第4条関係）

禁煙外来助成金請求書

| | | |
|------------|-------|-------|
| 組合員等記号番号 | 組合員氏名 | 所属所名 |
| 123 — 4567 | 共済 太郎 | 〇 〇 市 |

① 組合員
記入し

| | 診療年月日 | 支払額（自己負担額） |
|----------|------------|------------|
| 1回目 | 令和〇年 〇月 〇日 | 〇,〇〇〇 円 |
| 2回目 | 令和〇年 〇月 〇日 | 〇,〇〇〇 円 |
| 3回目 | 令和〇年 〇月 〇日 | 〇,〇〇〇 円 |
| 4回目 | 令和〇年 〇月 〇日 | 〇,〇〇〇 円 |
| 5回目 | 令和〇年 〇月 〇日 | 〇,〇〇〇 円 |
| 合 計（請求額） | | 〇〇,〇〇〇 円 |

② 受診
記入し

上記のとおり禁煙外来を受診したので、助成金を請求します。

山梨県市町村職員共済組合理事長 様

令和〇 年 〇 月 〇 日

住 所 山梨県〇〇市〇〇…

請求者
氏 名 共済 太郎

③ 申請

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和〇 年 〇 月 〇 日

職 名 〇〇市長

所属所長

氏 名 〇〇 〇〇

④ 申請
者)の
職名・氏

添付書類

- ・医療機関発行の領収書の原本及び診療明細書の原本（それぞれ5回分）
- ・禁煙成功証明書（様式第2号）

注意事項

- ・助成対象者は組合員（任意継続組合員を除く。）のみで禁煙に成功した方です。
- ・保険適用の禁煙外来を受診した場合で、自己負担額を年度内に1回のみ助成します。
- ・助成金の送金先は、組合員の給付金等受取口座になります。
- ・組合員あて送金通知書は発行しません。

員の記号・番号、氏名及び所属所名(市町村・一部事務組合名)を
てください。

日、支払額(自己負担額)、請求額(自己負担額の合計)を
てください。

日及び組合員の住所、氏名を記入してください。押印は不要

内容を確認の上、所属所長(市町村長・一部事務組合管理
人名を記入してください。押印は不要です。

