

理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係

禁煙外来治療補助金請求書

金額								
----	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日

東京アパレル健康保険組合理事長 殿

私は、禁煙外来治療を終了し、禁煙を達成しましたので補助金を請求します。

住 所

被保険者（請求者）
氏 名

印

電 話 番 号
（日中の連絡先）

事業所	記 号	名 称		
対 象 者	保険証番号	氏 名	性別	生年月日
			男 ・ 女	昭和 ・ 平成 ・
医療機関	名 称	Tel ー ー	担 当 医師名	
診療期間	年 月 日より		通院日数 日	
	年 月 日まで		治療に要した費用 円	

補助金の振込先	金融機関 コード					支店コード			
	銀行 金庫 組合 農協					本店 支店			
	口座番号					口座 種別	普通		
	フリガナ								
	口座名義								

受付

（注）必ず被保険者口座をご記入ください。

【添付書類】 ・ 保険医療機関発行の領収書(原本) ・ 診療明細書(原本)
・ 保険薬局発行の領収書(原本) ・ 調剤明細書(原本)
※初回診療日から最終診療日までのすべての領収書・明細書を添付してください。

東京アパレル健康保険組合 総務課 健康管理係 Tel 03(3525)7325