

別紙4

至 三井住友トラストグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支 給 決 定 伺	
			支給金額	円
			過去1年以内の使用	有 ・ 無
			支給決定日	年 月 日
			資格喪失	年 月 日

禁煙補助薬購入費用補助金支給申請書

記号・番号			会 社 名	
被保険者氏名				
購入補助薬品名 (右欄にチェックを入れてください)			ニコチンパッチ	
			ニコチンガム	
禁煙補助薬使用期間			自: 年 月 日 至: 年 月 日	
被保険者の購入実費金額			円	
上記のとおり申請し、補助金の受領を所属する事業主へ委任します。				
三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 年 月 日				
被保険者 住 所 〒				
氏 名				
電話番号				

- ・補助金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。
- (注) 1. 補助対象: ニコチンパッチ・ニコチンガムの禁煙補助薬品購入費用
2. 補助金額の上限: 20, 000円 (過去1年以内に補助薬を使用し、補助金を受給していない方)

<添付書類>
・禁煙補助薬品の購入領収書(コピーでも可)

<補 助 対 象 者> 被保険者 (禁煙達成時に被保険者の資格を有すること)

受付日	支払日