

様式第1号（第4条関係）

禁煙外来助成金請求書

組合員証記号番号	組合員氏名	所属所名
123 — 4567	共済 太郎	〇 〇 市

① 組合員の記号・番号、氏名及び所属所名（市町村・一部事務組合名）を記入してください。

	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 受診日、支払額（自己負担額）、請求額（自己負担額の合計）を記入してください。

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

---

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

③ 申請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

④ 申請内容を確認の上、所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入してください。押印は不要です。

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。