

年 月 日

常務理事	事務長	課長	課長代理	課員

支給決定額	¥
-------	---

## 禁煙外来治療補助金請求書

大阪府石油健康保険組合 様

私は、禁煙外来治療プログラムを終了し、禁煙を達成しましたので下記のとおり、補助金を請求します。

事業所所在地  
事業所 名称  
連絡先 TEL.

記

記号		番号		氏名	
生年月日		平成	年	月	日
住所		〒			
受診先	名称				
	住所	〒			
初回診察日		年	月	日	
最終診察日		年	月	日	
請求金額		5,000円	添付書類		<input type="checkbox"/> 卒煙証明書等(写) <input type="checkbox"/> 初回から最終日の全ての領収書(写)

◎必ず、受診先医療機関発行の卒煙証明書等(写)を添付してください。

◎卒煙証明書等の交付がない場合は、初回診察日から最終診察日までの全ての領収書(写)を添付してください。

大阪府石油健康保険組合 総務課 電話06-6125-1200