

支給額	常務理事		
円			

提出先: アストラゼネカ健康保険組合 宛

提出日	年	月	日
-----	---	---	---

禁煙治療補助金請求書

社員番号		※別紙「卒煙成功宣言書」とともに提出して下さい	
所 属		社員氏名	

実施医療機関名および 調剤薬局名	治療した年月日	治療にかかった費用
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	合 計	円

<留意事項>

- ①補助対象者: 2013年1月1日以降より禁煙治療を開始し、卒煙成功宣言書を提出した社員
(ただし、アストラゼネカ健康保険組合に加入している者に限る)
- ②補助対象となる治療: ニコチネルパッチを使用した治療
※治療内容確認のため、領収書等と、医療機関からの請求内容を照合することがあります
- ③提出物: 卒煙成功宣言書、禁煙治療補助金請求書(領収書と治療内容がわかるものを別紙に貼付すること)
- ④提出先: アストラゼネカ健康保険組合 藤本まで
社内便を利用する場合⇒「アストラゼネカ健康保険組合」と社内便封筒に記入
直接送付する場合⇒〒553-0003 大阪市福島区福島7-15-26 JMFビル大阪福島01「アストラゼネカ健康保険組合」宛