

極秘

禁煙外来(禁煙治療)費用補助料請求書

令和 3 年度

年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

禁煙外来を受診し成功したので、補助料請求いたします。

被保険者勤務先事業所名称			
健康保険被保険者証の記号・番号		—	
請求者住所	〒 —		電話 ()
請求者氏名		生年月日	昭和 年 月 日 才 平成
			※受診月に○をつけてください。 受診月(1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12)

振込先金融機関	金融機関コード		本支店番号		預金種別	口座番号													
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 預金口座名義													

※振込先金融機関の欄には必ずご記入下さい。

- 請求の際、領収書の添付は不要です。(当組合で、受診状況を確認してお支払いいたします)
- 自己負担分が15,000円を下回る場合は、その自己負担分を補助します。

受付日付印

資格チェック	レセプト確認	入力	支払額