

禁煙外来(禁煙治療)費用補助料請求書

平成 年度

平成 年 月 日提出

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。

※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)

被保険者勤務先事業所名称	健保病院		
健康保険被保険者証の記号・番号	2312 - 6		
被保険者の住所	〒231-0015 横浜市中区尾上町 ○-△△-×× 電話 (〇〇〇)××××		
被保険者氏名	藤井 健一 印	生年月日	昭和 33年 6 月 21日 55才 平成

※自署の場合は、押印が省略できます。

振込先金融機関	金融機関コード	0 0 0 1	本支店番号	0 0 1	預金種別	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
	健康	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	関内	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 預金口座 名 義	フジ ケンイチ 藤井 健一

※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、受診歴を確認してお支払致します

受付日付印

資格チェック	レセプト確認	入力	支払日