課　長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員	助成額（税込）
					円

禁煙外来助成支給申請書

組合員証 記号番号	―	所　属　所　名	
氏名			
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日（　　歳）		
組合員資格取得日	昭和　・　平成　・　令和　　年　　月　　日		
医　療　機　関　名			
禁煙外来治療の期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日まで		
自己負担治療費	合計　　円		

1　参加資格
- ・禁煙外来開始時点において20歳以上であること
- ・禁煙外来開始時点から治療終了時点まで継続して組合員であること
- ・治療を終了し、自己負担額を支払っていること
- ・過去に本組合の禁煙外来の助成を受けていないこと
- ・保険適用となる禁煙外来の要件を満たしていること

2　助成金額

禁煙外来を最後まで受診し、治療が終了した者に対して、禁煙外来にかかった治療費の半額を助成します。ただし、助成金額が10，000円を超える場合は、最大10，000円とします。

3　添付書類

①禁煙外来終了証明書
②禁煙外来の助成に関するアンケート
③禁煙外来に係る医療費及び薬剤費の領収書及び明細書（コピー可。原本返戻不可）
※宛名が組合員本人のものに限ります。

申請内容について、事実と相違ないことを確認しましたので、助成支給申請を行います。

静岡県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

所属所長　職　名
　　氏　名