

決 裁	理事長	局長	次長	課長	副課長	主幹	副主幹	係
	○							

(伺) 下記のとおり支給してよろしいか。

共済記入欄	起案日	/
	支給日	/

## 禁煙外来助成金 請求書

取引  
執行印

下記のとおり請求します。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

請求金額		(上限10,000円)		決定額				
		円		円				
請求日	令和 年 月 日							所属所名
組合員等 記号番号	所属所		企業		番号			
組合員氏名	受診年月日 昭和 年 月 日 令和 年 月 日			取年月日	昭和 年 月 日			受診医療機関名
				喪年月日	令和 年 月 日			
受診者氏名	認年月日			取年月日	昭和 年 月 日			
				取年月日	令和 年 月 日			
受診年月日 及び 自己負担額	受診回数		受診年月日			自己負担額		
	第1回目 (治療開始日)		令和 年 月 日			円		
	第2回目		令和 年 月 日			円		
	第3回目		令和 年 月 日			円		
	第4回目		令和 年 月 日			円		
	第5回目 (終了日)		令和 年 月 日			円		
	医療機関の証明書作成費用 (文書料)					円		
合計					円			
医師の証明	上記の受診者は、禁煙外来治療(保険適用を受けるもの)に係る所定のプログラムを終了され、禁煙されたことを証明します。 令和 年 月 日 住所及び医療機関名 医師氏名							

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日 職 名  
所属所長  
氏 名

共済組合  
受付印

- 太線の中を記入してください。(ただし、部分は記入しないでください。)
- 請求にあたっては、受診医療機関発行の領収書及び診療明細書・調剤明細書(いずれもコピー可)を添付してください。
- 助成対象となる治療は、次のとおりです。
  - 禁煙外来(保険診療の適用を受けるものに限る。)を受診し、治療を終えたもの。
  - 治療開始日から終了日までが本組合の組合員期間又は被扶養者として認定を受けている期間内であること。
  - 令和4年4月1日以降の治療分であること。