

禁煙外来助成金請求書

所属所記号	所 属 所 名
7 ○ ○	○ ○ 市

組合員番号	会 員 氏 名	生 年 月 日
○ ○ ○ ○	共 済 太 郎	○ ○ ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日

請 求 額	10,000	円
-------	--------	---

別紙領収書等のおとり禁煙外来治療(全5回)を終了したので、助成金を請求します。

島根県市町村職員互助会理事長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

会員氏名 共 済 太 郎

○必要添付書類

下記の書類を、請求書に添付してください。

- 医療機関が発行した全5回分の領収書または診療明細書（ただし、受診者氏名および受診年月日が明記されたもので禁煙外来治療を受診したことが確認できるものに限り、写しでも可。）

なお、領収書または診療明細書が上記ただし書きを満たさない場合は、以下のいずれかの書類を添付してください。

- ①禁煙外来治療を終了したことを医療機関が証明したもの（ただし、初回から終了までの治療期間が記載してあるものに限り、）
- ②別紙の証明書

※ ただし、①および②については、医療機関によって発行ができない場合や手数料が発生する場合があります。

・送金は、共済組合報告の指定口座でご確認ください。