

# 禁煙プログラム補助金申請書

※対象：被保険者

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	申 込 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)		
	保険証の記号・番号 (右づめ)		被保険者の所属・氏名		生年月日
	6	7	(フリガナ)	昭和 平成 令和	
			○	年 月 日	
	卒 煙 日		令和 年 月 日		
	株式会社CureAppへの支払額		円		
	添付書類チェック欄		<input type="checkbox"/> 卒煙証明書 (コピー可)		
受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人 (事業所の事業主) に委任します。				
	受取方法		代理人		
	<input type="checkbox"/>	給与振込	(事業所名)		
健 保 記 入 欄	補 助 金 決 定 額		( ) 円		

※太枠の中をご記入ください。

## <ご注意>

- ① 卒煙証明書受領後に申請してください。
- ② 補助金の支払は、毎月10日までに (健保) に到着した申請書をとりまとめ、翌月支給の給与に「保険給付」として支払います。
- ③ 「給付金支払明細」は「MY HEALTH WEB」にてご確認ください。

支払印

