

# 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 00 年 00 月 00 日	<input checked="" 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	0	1	1	2	3	4	5	(フリガナ)	ヤスカワ タロウ	昭和	00	00	00	日
	(八総)										安川 太郎	平成	00	00	00	日
	卒煙日										令和 00 年 00 月 00 日					
	株式会社CureAppへの支払額										59,400 円					
	添付書類チェック欄										<input checked="" type="checkbox"/> 卒煙証明書 (コピー可)					
健 保 記 入 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。															
	受取代理人の欄		受取方法		代理人											
	<input checked="" type="checkbox"/>		給与振込		(事業所名)		(株) 安川電機 または (Y E)									
補助金決定額		( ) 円														

※太枠の中をご記入ください。

## <ご注意>

- 卒煙証明書受領後に申請してください。
- 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。
- 「給付金支払明細」は「MY HEALTH WEB」にてご確認ください。

支払印

