禁煙外来助成申込書

令和　　年　　月　　日

地方共済組合大阪府支部長　様

　医療機関においてただちに禁煙治療を開始しますので、禁煙外来助成を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 氏名 |  |
| 組合員番号 | 地・大阪　 |
| 職員番号 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

（注意事項）

|  |
| --- |
| ・治療については、医療機関の指示に従ってください。なお、基礎疾患等により禁煙治療が行えないことがあります。・治療が終了しなかった場合、助成の対象外です。・禁煙外来助成申請には、領収書等の添付書類（※）が必要です。失くさないようご注意ください。　※「助成金申請に当たっての注意点」をご確認ください。 |

禁煙外来助成受付書

　　　　　　　　　　様

地大第　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

地方共済組合大阪府支部長

　上記申込について、受付しました。

　　・禁煙治療をただちに開始してください。

・禁煙治療終了後、「禁煙外来助成申請書」（別紙２）に領収書等の添付書類を添えて申請してください。