オンライン禁煙プログラム事業補助金請求書

　禁煙プログラムを終了し卒煙を達成しましたので、下記のとおり補助金を請求いたします。

金　　　　　　　　　円也

令 和 　　年 　　月 　　日

東京都歯科健康保険組合理事長 殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の記号番号 | ― | 氏　名 |  |
| 申請者住所 |  |
| 事業所名 | 〒 |
| 実施期間 | 自：　　　　年　　月　　日至：　　　　年　　月　　日 | 自己負担額 | 円 |
| 振込先 | 金融機関 | 銀行・信金・信組 |
| 店名 | 支店番号（　　　　　）本　・　支店 |
| 預金種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

【対象者・補助金額】

　　オンライン禁煙プログラムを実施し、オンライン診療を受診し、在職中にプログラムが完了した被保険者に対し、自己負担額の全額を補助金として支給する。

* 自己の判断により途中でプログラムを中止した場合には、補助金の対象外となります。

【添付書類】

１．被保険者名が記載されている**「卒煙証書」**

　　２．被保険者名が記載されている**「オンライン診療に要した費用の領収書(原本)」**