（保健事業様式第9号）

令和6年度　禁煙外来助成金請求書

助　成　金　　　　　　　　　　　円

医療機関名		
	受診年月日	自己負担額
1回目	年　　月　　日	円
2回目	年　　月　　日	円
3回目	年　　月　　日	円
4回目	年　　月　　日	円
5回目	年　　月　　日	円
自己負担額合計		円

上記金額を医療機関の**領収書等**を添えて請求します。

年　　月　　日

請　求　者　　　所　属　所　名

組　合　員　証
記　号　－　番　号　　　－

組　合　員　氏　名

熊本県市町村職員共済組合理事長　　様

（請求に必要な添付書類）
- **○　領収書の写し（全5回分）**
- **○　診療明細書の写し（全5回分）**
- **○　禁煙成功証明書（共済組合の様式）**

（注意事項）
- ・　助成対象者は**組合員のみ**で禁煙外来（保険診療の適用を受けるものに限る。）を全5回受診し、禁煙に成功した方です。
- ・　治療開始日から終了日まで引き続き当組合の資格を取得していること。