## 令和7年度 禁煙外来助成金請求書

助 成 金 10,000 円

医療機関名	○○○病院							
	受診年月日						自己負担額	
1回目	令和	7	年	5	月	10	日	3,000 円
2回目	令和	7	年	5	月	24	日	3,000 円
3回目	令和	7	年	6	月	7	日	3,000 円
4回目	令和	7	年	7	月	5	日	3,000 円
5回目	令和	7	年	8	月	2	日	3,000 円
自己負担額合計							15,000 円	

上記金額を医療機関の領収書等を添えて請求します。

令和 7 年 8 月 15 日

請 求 者 所 属 所 名 〇〇市 組 合 証 9999 111 記 号 番 号 組 合 員 氏 名 共済 太郎 組合員生年月日 平成6 年 4 月 1 日

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。
- 送金日については、治療終了日から2ヵ月後以降に当組合でレセプト確認後となります。