申請経路： 申請者 → パレット健康保険組合

オンライン禁煙外来補助費申請書【様式Ⓑ】

記入日	令和　　年　　月　　日	※太枠内のみご記入下さい

記号	番号（右詰め）	被保険者氏名	事業所名称
			日中の連絡先　　（　　）

受診者	氏名		昭和 平成　　年　　月　　日生まれ（満　　歳）	本人 家族

パレット健康保険組合　理事長殿

私(受診者)は、オンライン禁煙外来「Medically」(自由診療)を終了し、現在、禁煙を継続中ですので、補助費を申請いたします。

令和　　年　　月　　日　　受診者氏名(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実施期間	初回診療日：令和　　年　　月　　日　最終診療日(通常 3 回目)：令和　　年　　月　　日					
振込先金融機関 ※被保険者の名義のみ 任意継続の方は記入不要です	銀行コード		支店コード		フリガナ	
	銀行 信用金庫		支店		口座名義	
	普通預金	口座番号				
添付書類	不要					

対象者	オンライン禁煙外来開始時、終了時及び申請時にパレット健康保険組合の被保険者・被扶養者の資格を有すること。
支給要件	上記のオンライン禁煙外来の診療(最低 3 回)、服薬期間終了後、一定期間（初回診療日から 12 週間以上）経過し、申請時点で禁煙を継続していること。 プログラムを中途終了した場合は対象外（実施機関のシステムにより進捗確認、終了確認をいたします。）
補助金額	10,000 円
補助回数	1 年度（4/1～翌年 3/31）につき、1 回（起算日：初回診療日）
申請期限	初回診療日から 2 年以内。初回診療日の 12 週間経過後から申請可能です。
支給日	毎月 25 日（土日祝の場合は前営業日）までの受付分を翌月末日に指定口座（任意継続の方はゆうちょ銀行）へお振込みいたします。　※不備がある場合は翌月以降になります。
お問い合わせ先 申請書送付先 右記いずれかの方法でお送りください。	パレット健康保険組合　TEL03-3984-7171 <郵送>　〒171-0022 東京都豊島区南池袋 1-10-13　荒井ビル 2 階 <FAX>　FAX 番号：03-3987-4498（原本の送付は必要ありません。）
本書面及び添付書類に記載された内容や本申請において知り得た個人情報について他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。	

【健保使用欄】

資格取得日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日	支給額	10,000 円
資格喪失日	令和　　年　　月　　日		

支払日	受付日

パレット健康保険組合
2024.12

申請経路： 申請者 → パレット健康保険組合

＜記入例＞ オンライン禁煙外来補助費申請書【様式Ⓑ】

記入日	令和 6 年 1 月 16 日	※太枠内のみご記入下さい

記号	番号（右詰め）	被保険者氏名	事業所名称
9 9 9	0 1 2 3 4 5 6	山田 次郎	○○○○○○ 日中の連絡先 ×××（△△△△）××××

受診者	氏名			
		山田 次郎	昭和（○）／平成 49 年 7 月 13 日生まれ(満 50 歳)	本人（○）／家族

パレット健康保険組合 理事長殿

私(受診者)は、オンライン禁煙外来「Medically」(自由診療)を終了し、現在、禁煙を継続中ですので、補助費を申請いたします。

令和 6 年 3 月 16 日　　受診者氏名(自署) 山田 次郎

実施期間	初回診療日：令和 5 年 6 月 10 日　最終診療日(通常 3 回目)：令和 5 年 12 月 1 日					
振込先金融機関 ※被保険者の名義のみ 任意継続の方は記入不要です	銀行コード	0 0 0 9	支店コード	0 0 0	フリガナ	ヤマダ ジロウ
	三井住友 銀行（○）／信用金庫		日本 支店		口座名義	山田 次郎
	普通預金	口座番号	5 4 3 2 1 0 9			
添付書類	不要					

対象者	オンライン禁煙外来開始時、終了時及び申請時にパレット健康保険組合の被保険者・被扶養者の資格を有すること。
支給要件	上記のオンライン禁煙外来の診療(最低 3 回)、服薬期間終了後、一定期間（初回診療日から 12 週間以上）経過し、申請時点で禁煙を継続していること。 プログラムを中途終了した場合は対象外（実施機関のシステムにより進捗確認、終了確認をいたします。）
補助金額	10,000 円
補助回数	1 年度（4/1～翌年 3/31）につき、1 回（起算日：初回診療日）
申請期限	初回診療日から 2 年以内。初回診療日の 12 週間経過後から申請可能です。
支給日	毎月 25 日（土日祝の場合は前営業日）までの受付分を翌月末日に指定口座（任意継続の方はゆうちょ銀行）へお振込みいたします。　※不備がある場合は翌月以降になります。
お問い合わせ先 申請書送付先 右記いずれかの方法でお送りください。	パレット健康保険組合 TEL03-3984-7171 <郵送> 〒171-0022 東京都豊島区南池袋 1-10-13 荒井ビル 2 階 <FAX> FAX 番号：03-3987-4498（原本の送付は必要ありません。）
本書面及び添付書類に記載された内容や本申請において知り得た個人情報について他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。	

【健保使用欄】

資格取得日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日	支給額	10,000 円
資格喪失日	令和　年　月　日		

パレット健康保険組合

支払日	受付日