申請経路： 申請者 → パレット健康保険組合

禁煙外来(保険適用)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	会社名 ※任意継続の場合は記載不要
			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、禁煙外来治療(保険適用)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 5 回目)：令和　　年　　月　　日				
治療費総額 （自己負担総額）	円	別紙「禁煙外来(保険適用)診療等明細」をご記入、添付ください			
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	医療機関の**「領収書」・「診療明細書」**、調剤薬局の**「領収書」・「調剤明細書」** ※いずれも原本 ↓ (1)別紙①**「禁煙外来(保険適用)診療等明細」**に受診者氏名・診療日・自己負担金額を記入。 (2)別紙②**「領収書等貼付用紙＜禁煙外来(保険適用)＞」**に上記の領収書、明細書を糊付け貼付。 (3)上記「別紙①、別紙②」を添付。 ※領収書と明細書がそろっていない診療・調剤は、自己負担対象額となりません。 ※自己負担額に禁煙外来以外の治療費等が含まれている場合はその額を除きます。

対象者	禁煙外来治療開始時、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	禁煙外来治療(保険適用：初診日を含めて 12 週以内に最低 5 回)を終了し、申請時点で禁煙を継続していること。 治療を中途終了した場合は対象外。
補助金額	禁煙外来治療の自己負担額が 10,000 円となるよう補助費を支給する。(上限 10,000 円) 自己負担額が 10,000 円以下の場合、補助費支給なし。
補助回数	1 年度(4/1～翌年 3/31)につき、1 回。 ※前回の禁煙外来の初回診療日より 1 年経過しないと保険適用になりませんのでご注意ください。
申請期限	初回診療日から 2 年以内。
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。
申請書送付先 お問い合わせ先	パレット健康保険組合　TEL03-3984-7171 〒171-0022 東京都豊島区南池袋 1-10-13　荒井ビル 2 階

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	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

【別紙①】「禁煙外来（保険適用）診療等明細書」

受診者氏名	

診 療 回		診 療 年 月 日	自己負担金額（領収書金額）	備 考
第１回	【診療】	令和　　年　　月　　日	円	
	【調剤】	令和　　年　　月　　日	円	
第２回	【診療】	令和　　年　　月　　日	円	
	【調剤】	令和　　年　　月　　日	円	
第３回	【診療】	令和　　年　　月　　日	円	
	【調剤】	令和　　年　　月　　日	円	
第４回	【診療】	令和　　年　　月　　日	円	
	【調剤】	令和　　年　　月　　日	円	
第５回	【診療】	令和　　年　　月　　日	円	
	【調剤】	令和　　年　　月　　日	円	
予備欄	【診療】	令和　　年　　月　　日	円	
	【調剤】	令和　　年　　月　　日	円	
合　計			円	

※「禁煙外来(保険適用)補助費申請書」・「【別紙②】領収書等貼付用紙＜禁煙外来(保険適用)＞」 と併せてご提出ください。

パレット健康保険組合

【別紙②】「領収書等貼付用紙＜禁煙外来(保険適用)＞」

受診者氏名	

※以下の原本を全て糊付(のりづ)けしてください。

❒ 医療機関発行の「領収書」	会計時に医療機関で発行されたもの
❒ 医療機関発行の「診療明細書」	
❒ 調剤薬局発行の「領収書」	会計時に調剤薬局で発行されたもの
❒ 調剤薬局発行の「調剤明細書」	

貼付欄（糊付(のりづ)け）	記載内容がわかるように糊付けしてください。

※「禁煙外来(保険適用)補助費申請書」・「【別紙①】禁煙外来(保険適用)診療等明細書」と併せてご提出ください。

申請経路： 申請者 → パレット健康保険組合

＜記入例＞禁煙外来(保険適用)補助費申請書【様式Ⓐ】

記入日	令和 6 年 3 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	会社名 ※任意継続の場合は記載不要
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、禁煙外来治療(保険適用)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 5 回目)：令和 6 年 1 月 12 日				
治療費総額（自己負担総額）	16,000 円		別紙「禁煙外来(保険適用)診療等明細」をご記入、添付ください		
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	医療機関の**「領収書」・「診療明細書」**、調剤薬局の**「領収書」・「調剤明細書」** ※いずれも原本 ↓ (1)別紙①**「禁煙外来(保険適用)診療等明細」**に受診者氏名・診療日・自己負担金額を記入。 (2)別紙②**「領収書等貼付用紙＜禁煙外来(保険適用)＞」**に上記の領収書、明細書を糊付け貼付。 (3)上記「別紙①、別紙②」を添付。 ※領収書と明細書がそろっていない診療・調剤は、自己負担対象額となりません。 ※自己負担額に禁煙外来以外の治療費等が含まれている場合はその額を除きます。				

対象者	禁煙外来治療開始時、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	禁煙外来治療(保険適用：初診日を含めて 12 週以内に最低 5 回)を終了し、申請時点で禁煙を継続していること。 治療を中途終了した場合は対象外。
補助金額	禁煙外来治療の自己負担額が 10,000 円となるよう補助費を支給する。(上限 10,000 円) 自己負担額が 10,000 円以下の場合、補助費支給なし。
補助回数	1 年度(4/1～翌年 3/31)につき、1 回。 ※前回の禁煙外来の初回診療日より 1 年経過しないと保険適用になりませんのでご注意ください。
申請期限	初回診療日から 2 年以内。
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。
申請書送付先 お問い合わせ先	パレット健康保険組合　TEL03-3984-7171 〒171-0022 東京都豊島区南池袋 1-10-13 荒井ビル 2 階
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	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

＜記入例＞

【別紙①】「禁煙外来（保険適用）診療等明細書」

受診者氏名	山田　次郎

診療回		診療年月日	自己負担金額（領収書金額）	備考
第１回	【診療】	令和　5 年　6 月　10 日	××××円	
	【調剤】	令和　5 年　6 月　10 日	××××円	
第２回	【診療】	令和　5 年　8 月　24 日	××××円	
	【調剤】	令和　5 年　8 月　24 日	××××円	
第３回	【診療】	令和　5 年　10 月　7 日	××××円	
	【調剤】	令和　5 年　10 月　7 日	××××円	
第４回	【診療】	令和　5 年　11 月　16 日	××××円	
	【調剤】	令和　5 年　11 月　16 日	××××円	
第５回	【診療】	令和　6 年　1 月　12 日	××××円	
	【調剤】	令和　6 年　1 月　12 日	××××円	
予備欄	【診療】	令和　　年　　月　　日	円	
	【調剤】	令和　　年　　月　　日	円	
合　計			16,000 円	

※「禁煙外来(保険適用)補助費申請書」・「【別紙②】領収書等貼付用紙＜禁煙外来(保険適用)＞」　と併せてご提出ください。

パレット健康保険組合

【別紙②】「領収書等貼付用紙＜禁煙外来(保険適用)＞」　**＜記入例＞**

受診者氏名	山田　次郎

※以下の原本を全て糊付(のりづ)けしてください。

❒ 医療機関発行の「領収書」	会計時に医療機関で発行されたもの
❒ 医療機関発行の「診療明細書」	
❒ 調剤薬局発行の「領収書」	会計時に調剤薬局で発行されたもの
❒ 調剤薬局発行の「調剤明細書」	

貼付欄（糊付(のりづ)け）	記載内容がわかるように糊付けしてください。

※「禁煙外来(保険適用)補助費申請書」・「【別紙①】禁煙外来(保険適用)診療等明細書」と併せてご提出ください。