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【様式係】

| 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) | _ | 被保险 | 食者 氏 4 | 名 | | 会社名 | ※任意継続 | の場合は記 | 己載不要 | |
| | | | | | | | | 日中の連絡先 | | (|) | |
| 受診者 | 氏名 | | | | 昭和 平成 | 年 | Ξ | 月 日生ま | まれ (満 | 歳) | 本人 家游 | • |
| | 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 | | 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 (自己負 | | | | | 円 | 別紙「乳 | 禁煙外 | 来(保険適用)診 | 療等明細」を | どご記入、 | 添付くださ | さい |
| | | 銀行コード | | 支/ | 吉コード | | | フリガナ | | | | |
| 振込先金※被保険者 | | | | 退行 | | + = | | | | | | |
| 任意継続の方は | | ****** | 信用金 | | | 支店 | 5 | 口座名義 | | | | |
| | | 普通預金 | | | .m =1> 1 | | CAE IIT | 書」・「調剤明絹 | M∌ l ∨o | **** + F | | |
| 添 付 | 書類 | (2)別紙② (3)上記「別 ※領収記 | 「領収書等 紙①、別紙 書と明細書 | 貼付用細 〔②」を添ん がそろってし | 氏く禁煙外 付。 ハない診療・ | 来(保険 ・調剤は | 適用) | 者氏名・診療E)> 」に上記の !負担対象額と いる場合はその | 領収書、明 なりません。 | 細書を精 | | 付。 |
| 対象 | ··········· 除者 | 禁煙外来治療 | 療開始時、終 | そ了時及び | 申請時にパレ | ノット健康 | 保険組 | 且合の被保険者・ | 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。 | | | | | | | | | | |
| 支約 | | 毎月 25 日 ちょ銀行)^ | | | | | | を翌月末日に指 翌月以降になり | | 壬意継続 | もの方はり | りう |
| 申請書 | | パレット健康 〒171-002 | | | | | 売井ビノ | レ2 階 | | | | |
| | お問い合わせ先 〒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 | 引 昭 | 和・平成・ | 令和 | 年 | 月 E | ∃ , | 支給額 | i | | | | |
| 資格喪失 | 日 | | 令和 | 年 | 月 E |] | ~,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | | | | 円 | |
| | | | | | | | | 支持 | 4日 | 3 | 受付日 | |
| | T | <u> </u> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| パレット健康 | 保険組合 | I | | | | | | | | | | |

【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 同 | 【診療】 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 円 | |
| 第1回 | 【調剤】 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 円 | |
| 第2回 | 【診療】 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 円 | |
| 第2回 | 【調剤】 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 円 | |
| 第2回 | 【診療】 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 円 | |
| 第3回 | 【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 | |
| 签上回 | 【診療】 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 円 | |
| 第5回 | 【調剤】 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 円 | |
| マ供棚 | 【診療】 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 円 | |
| 予備欄 | 【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」 | 云町町に四原城内(光1)とれたしの | | |
| □ 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」 | 五山 町に岬州未内(光1)と1 いとしい | | |

| | 記載内容がわかるように糊付けしてください。 |
|-----------|-----------------------|
| | |
| 貼 | |
| 付 | |
| 欄 | |
| (糊 の の) | |
| 付づ | |
| け | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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A】

| 記入日 | 令和 2 | 年 3 月 16 日 | ※太枠内の | 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 | | | | 日中の |)連絡先 ×××(| ΔΔΔΔ) ×××× | |
| 受診者 | 氏名 | 山田 次 | 郎 | 昭和平成 | 49年 | 7月13 | 3 日生まれ(満 <mark>4</mark> | 5 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。 | | | | | | | | |
| | <u>令</u> | 和 6 年 3 月 16 | <u>日</u> 受 | 診者氏名 | 名(自署) | 山田 | 次郎 | | |
| 実施 | | 初回診療日:令和 | 5年 12 月 | 10 日 | 最終診療日 |](通常 5 | 回目):令和 64 | 年 3 月 12 日 | |
| 治療費 (自己負 | | | 16, 0 | 000 円 | 別紙「禁煙 | 外来(保険 | 適用)診療等明細」を | どご記入、添付ください | |
| | | 銀行コード 0 0 (| 9 支后 | ちコード | 0 0 0 | フリガ | ナヤマダ | ジロウ | |
| 振込先金※被保険者 | の名義のみ | I 二升性及 | 銀行金庫 | 日之 | 支店 | 口座名 | 。 3義 山田 | 日 次郎 | |
| 任意継続の方は | I記人个要で9 | 普通預金 口座都 | §号 5 4 | 3 2 | 1 0 9 | | | · | |
| 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 (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。 | | | | | | 細書を糊付け貼付。 | | | |
| 対象 | R者 | 禁煙外来治療開始時、 | 終了時及びF | 申請時にパ | レット健康保障 | 剣組合の被 | 保険者・被扶養者の | 資格を有すること。 | |
| 支給 | | 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。 | | | | | | | |
| | | | /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。 | | | | | | | ことはありません。 | | |
| 【健保使用 | 引欄】 | | | | | | | | |
| 資格取得 | 引 昭 | 和・平成・令和 | 年 . | 月 日 | 3 支給 | 安百 | | | |
| 資格喪失日 | | | | | | | | 円 | |
| | | | | | | | 支払日 | 受付日 | |

パレット健康保険組合

<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 | 3 | 自己負担金額(領収書金額) 備考 |
|-------------|------|----|-----|-----|------|------------------|
| 第1 同 | 【診療】 | 令和 | 元 年 | 12月 | 10 ⊟ | ××××円 |
| 第1回 | 【調剤】 | 令和 | 元 年 | 12月 | 10 ⊟ | ××××円 |
| 第2回 | 【診療】 | 令和 | 元 年 | 12月 | 24 🖯 | ××××円 |
| 第2回 | 【調剤】 | 令和 | 元 年 | 12月 | 24 🖯 | ××××円 |
| 第2回 | 【診療】 | 令和 | 2 年 | 1月 | 7 日 | ××××円 |
| 第3回 | 【調剤】 | 令和 | 2 年 | 1月 | 7 日 | ××××円 |
| 第4回 | 【診療】 | 令和 | 2 年 | 2月 | 4 日 | ××××円 |
| 新 4凹 | 【調剤】 | 令和 | 2 年 | 2月 | 4 日 | ××××円 |
| 第二同 | 【診療】 | 令和 | 2 年 | 3月 | 3 日 | ××××円 |
| 第5回 | 【調剤】 | 令和 | 2 年 | 3月 | 3 日 | ××××円 |
| マ供棚 | 【診療】 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 円 |
| 予備欄 | 【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>



※以下の原本を全て糊付けしてください。

| □ 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」 | 云司时に区域成员(光1]と11/200 | | |
| □ 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」 | 云司 吋に刷削業内(光1]と4に0の | | |

| | 記載内容がわかるように糊付けしてください。 |
|-----------|-----------------------|
| | |
| 貼 | |
| 付 | |
| 欄 | |
| (糊 のり | |
| 付づ | |
| け | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |