

禁煙支援助成金請求書

組合員氏名		組合員等記号・番号	-	所属機関	
初診日	令和 年 月 日	医療機関			
治療終了日	令和 年 月 日	・終了 ・中止		受診回数	回
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>山口県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 住所 請求者 氏名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p>					

【留意事項】

- 1 本助成金請求は、共済組合への事前申し込みにより承認された者に限ります。
- 2 すべての治療が終了してから、すみやかに請求してください。
- 3 請求期限は、治療終了日から1年間とします。
- 4 治療を途中で中止した場合も助成対象となります。
- 5 受診回数は、オンライン診療分も含みます。
- 6 助成金額は社会保険診療報酬支払基金から提出される診療報酬明細書（レセプト）により決定しますので添付書類は不要です。
ただし、後期高齢者については、短期給付の適用外であるため、領収書の添付が必要となります。

下記のとおり決定してよろしいか。

共済組合 使用欄	事務局長	事務局次長	課長	担当	共済組合受付印
決定額	レセプト 請求月（最終）	医療費総額		決定額 （自己負担割合）	
	年 月	円		円	