

局長	課長	係長	係
課長 専決			

記入例

「健康管理対策推進事業（禁煙外来利用）」助成金請求書

		決定額	
組合員氏名	共済 太郎	組合員証 記号番号	999 - 9999
生年月日	S55 年 5 月 5 日	医療機関名	〇〇病院
	受診年月日	自己負担額	
第1回目	R5 年 〇 月 〇 日	9,999 円	
第2回目	R5 年 〇 月 〇 日	9,999 円	
第3回目	R5 年 〇 月 〇 日	9,999 円	
第4回目	R5 年 〇 月 〇 日	9,999 円	
第5回目	R5 年 〇 月 〇 日	9,999 円	
上記のとおり、禁煙外来を受けたので、助成金を請求します。			
令和 〇 年 〇 月 〇 日			
鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿			
請求者氏名		共済 太郎	

【請求書に添付する書類】

- 領収書の写し（医療機関発行の5回分）
- 診療明細書の写し（医療機関発行の5回分）
- 禁煙成功証明書（共済組合の様式）

【助成対象となる治療は、次のとおりです。】

- 禁煙外来（保険診療の適用を受けるものに限る。）を受診し、治療を終えたもの。
- 治療開始日から終了日までが当組合の組合員の資格を取得している期間内であること。
- 治療開始日が令和5年4月1日以降であること。

【注意事項】

- 助成対象者は、**組合員**（任意継続組合員を除く。）で禁煙に成功した方です。
- ご自身で支払った自己負担額に対して、**10,000円を限度に助成**します。
（自己負担額が助成限度に満たないときは、その実費相当額を助成額とします。）
- 共済組合登録の給付金等振込口座への振込となります。
- 所属所の共済組合事務担当者（総務課、職員課など）を経由して、ご提出ください。
- 送金通知書の発行はいたしませんので、通帳等で入金を確認をしてください。
- 送金日については、治療終了日から2～3か月後の月末以降**となります。
（請求書が当組合に届いた後、医療機関からのレセプトを確認後の送金となります。）