

禁煙にかかる費用の補助金申請について

対象者	ワールド健康保険組合被保険者で禁煙の意志があり、以下①②の方法で禁煙に取組まれた方。		
補助金対象条件と金額	1人1回/年度に限ります。 ※喫煙者で以下①②の方法いずれかに取組まれ補助金支払いの対象となった方		
	①禁煙外来で保険外診療（禁煙達成問わず） 実費の7割（上限15,000円）	②薬局・薬店で禁煙パッチ・ガム購入（禁煙達成された方） 実費の7割（上限15,000円）	
必要な書類	■禁煙費用補助申請書（キリトリ線以下） ■禁煙外来受診時の支払領収書（原本）	■禁煙費用補助申請書（キリトリ線以下） ■支払時の領収書またはレシート（原本） （購入品目・金額が明記されている）	
請求方法	健康保険組合宛に郵送またはご持参下さい。 【郵送】〒651-0046 神戸市中央区港島中町6-8-1 ワールド健康保険組合 禁煙事業担当宛 【シャトル】神戸本社ビル 1F 【連絡先】078-302-8185		
注意事項	保険証を使用した場合は、補助金請求の対象外となります。		
個人情報の取り扱いについて	<ul style="list-style-type: none"> ・補助金申請書に記入された個人情報は、補助金支払処理に用います。また皆様の健康づくりや保健事業の参考資料とします。尚、それ以外の目的で個人情報を利用することや、第三者提供を行うことは一切ありません。 ・補助金申請書の提出は任意です。但し、必要事項を記入されなかった場合や領収書を添付されなかった場合は、支払処理ができません。予め承ください。 ・ご自身の個人情報については開示を請求することができます。開示の結果、当該情報が誤っている場合には訂正・削除を要求することができます。 ・同意しがたい事項がある場合は、下記にお申し出ください。また同意後、個別に不同意の表明が可能です。 ・この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、個人情報保護管理者 ワールド健康保険組合 常務理事（電話 078-302-8185）までご連絡ください。 		

キリトリ

禁煙費用補助金申請書

記入日	年	月	日	個人情報の取り扱い	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 一部不同意	<input type="checkbox"/> 同意しない
保険証No	記号	番号		会社名			
	被保険者氏名		印		連絡先 TEL番号		
振込口座名 ※被保険者名義	刀がナ		種別	普通 ・ ()			
			振込口座番号				
銀行名	刀がナ		支店名	刀がナ			

※購入品目と金額がわかるもの（原本）
※貼付欄

補助金額 (健保記入欄) 1円未満 切捨て	上限額	支払額	常務理事	事務長	担当者	経理
	<input type="checkbox"/> ¥15,000					