

2020年度版

禁煙の費用補助請求について(特別キャンペーン用)

対象者	ワールド健康保険組合被保険者。禁煙の意志をもち、禁煙特別キャンペーンに参加された方。
補助の条件と金額	禁煙特別キャンペーンに参加し、薬局・薬店で禁煙パッチ・禁煙ガムを購入し費用が発生した方。購入費用の7割(上限15,000円)を補助いたします。
必要書類	①禁煙補助金請求書(キリトリ線以下) ②支払時の領収書またはレシート(購入品目・金額がわかる原本)
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 070-1740-4103
個人情報の取り扱いについて	<ul style="list-style-type: none"> 補助金申請書にご記入いただいた個人情報は、補助金支払処理に用います。また、アンケートは皆様の健康づくりや保健事業の参考資料とさせていただきます。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、必要事項をご記入いただかなかった場合や領収書を添付されなかった場合は、支払処理をいたしかねますのでご了承ください。 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。 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

2020年度版

禁煙補助金請求書

請求先 ワールド健康保険組合

記入日	令和 年 月 日	個人情報の お取り扱い	上記の個人情報のお取り扱い内容に同意いただきましたら、チェック(レ)してください。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 一部不同意			
保険証No.	記号 番号	会社名				
被保険者 氏名	(印)	連絡先 電話番号				
振込口座名 ※被保険者 名義	カガナ	種別	普通 ()			
		振込み口座番号				
銀行名	(フリガナ) 銀行	支店名	(フリガナ) 支店			
<p>※購入品目と金額がわかるもの(レシート・領収書等の原本) ※枠内に貼付してください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>領収書は、宛名(個人名)・購入品目と金額を記載してください。 請求できる領収書は、このキャンペーンで使用する為に購入した分となります。</p> </div>						
【アンケート】※今後の事業の参考とさせていただきますのでご協力をお願いします。						
① 禁煙に成功されましたか? [禁煙成功 ・ 禁煙できず]						
② 禁煙期間中、一番辛かった時期は? [禁煙開始 頃]						
③ 禁煙期間中、ご自身で工夫されたことがあれば教えてください。 []						
④ これから禁煙にチャレンジしようとする方へアドバイスをお願いします。 []						
⑤ 健保の禁煙サポート事業等についてご意見・ご要望がありましたら自由にお聞かせください。 []						
補助金額 (健保記入欄) (1円未満切捨て)	上限額 ¥15,000	支払い額 ¥	常務理事	事務長	担当者	経理