|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務局長 | 部　　長 | 課　　長 | 課長補佐 | 係　　長 | 係　　員 |
|  |  |  |  |  |  |  |

（様式第５号）

東京都家具健康保険組合　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ●年●●　月●　●日

**禁煙サポートプログラム（禁煙治療）終了に係る還付申請書**

●

次のとおり所定の禁煙サポートプログラム（禁煙治療）を終了したので還付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記号―番号 | 被保険者氏名及び印❶提出期限は令和8年2月27(金)必着です |
| 　　　－ | 　　　　　　　　㊞ |
| 領収証金額合計 | 自己負担額合計 | 補助額合計 |
| (A) | (B)=(A)×1/3 | (A)-(B) |
| 円 | 円 | 円 |

【申請者の方へ】

① 申請書の黒線枠内の事項について記載してください。

②　委任状欄に署名捺印（❶と❷の印は同じ印を捺印してください）のうえ、全診療分の領収証(原本)および明細書(原本)、禁煙成功報告書を添付して事業主に提出してください。

〈還付申請に関する注意事項〉

１. 申請は、全診療分の領収書(原本)および明細書(原本)の提出が必要です。書類を紛失された場合の費用は返還されません。また、領収書および明細書についてご希望の場合はお返しします。

２．還付は、最終診療日から3ヶ月経過後も禁煙が継続されている方（予定した治療薬服用（貼付）の終了前に医師が診察して服用（貼付）が不要(治療終了)とされた方を含む）が対象です。「禁煙成功報告書」（様式5号の１）を必ず添付して申請してください。

３．自己負担額(合計)に10円未満の端数が生じた場合は四捨五入しています。

４．還付金は、事業所経由でお支払いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任状欄❷委任状欄② | 私は右の事業主を代理人と定め、禁煙サポートプログラム（禁煙治療）終了に伴う還付金の受領方を委任します。　　　年　　　　月　　　　日被保険者（請求者）名　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 事業所名　　所在地事業主名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

【事業主の方へ】

被保険者からこの「還付申請書」が提出されましたら、委任状欄の事業所名及び所在地、事業主名を記載し、事業所印を捺印のうえ、全診療分の領収証(原本)および明細書(原本)と「禁煙成功報告書」を添付して当組合に提出してください。

|  |
| --- |
| 支払日付印 |

|  |
| --- |
| 受付日付印 |