

# 支 払 決 定 伺

支 給 額							円	常務理事	事務長	係

※ここから上は記入しないでください。

## 禁煙外来補助金支給申請書

受診者氏名	(禁煙外来を受診された方)	保 険 証	記号	
			番号	
事業所名				
受診医療機関名	住所 名称			
初診年月日	平成 年 月 日			
最終受診日	平成 年 月 日			

上記のとおり補助金を請求します。

平成 年 月 日

住 所

被保険者名

印

口座名義人	(フリガナ)		
銀 行 名		支店名	
預金口座番号	普通・当座 NO.		

※必ず領収証の写しを添付してください。

