支給額	平成 年 月 日		
	常務理事	事務長	係
¥			

健保「禁煙サポートプログラム」結果報告 兼 補助金請求書

ノバルティス健康保険組合 御中

申請日：平成 年 月 日

「ニコチネル パッチ・ガム」で禁煙にチャレンジしました。その結果を報告します。

保険証記号番号	記号 番号	勤務先／ 所 属	
被保険者名		TEL	
参加者	本人 ・ 被扶養家族(参加者名:)		

禁煙「ニコチネル パッチ・ガム」コース

A みごと成功！ ⇒ (支払額のうち、20,000円を限度に補助)
「別表4、禁煙成功宣言書」を添付して下さい。
栄養指導を希望しますか？ 1 希望する 2 希望しない

B 残念ながら途中断念…… ⇒ (後日チャレンジ賞を贈呈)

領収書貼付 欄

- * 領収書は、宛先が参加者名で、「ニコチネル パッチ・ガム」を購入したことが判る物。
コピー不可
- * 領収書は、日付の新しいものから順に貼付して下さい。
- * 補助限度額を越える領収書の貼付は不要です。

請求時のご注意

1. 太枠内を、もれなく記入してください。
2. 補助対象者は、被保険者及び被扶養者、補助金は年1人1回限りです。(4月～翌年3月)
3. 参加者は途中断念の場合でも、結果を報告して下さい。
4. 終了後、2ヶ月以内に申請して下さい。