

支給決定	補助金	円	摘要					
				常務理事	事務長	課長	主任	係員
禁煙パッチ補助金請求書			記号	番号	被保険者氏名			
使用者氏名				続柄	購入日	令和 年 月 日		
購入枚数								
購入医療機関等名称					確認欄	下記を確認の上、左に☑をご記入ください。		
購入に要した費用	金	円			<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		

上記の通り禁煙パッチを購入したので領収書を添えて補助金を請求します。

私は次の者に禁煙パッチ購入補助金の受領を委任します。

事業所所在地
事業所名
受任者氏名

令和 年 月 日

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

2021.2改定