

帝国ホテル健康保険組合  
理事長 徳丸 淳 殿

常務理事	事務長	事務次長	担当

誓約書に自署で記入、補助金申請時には領収書とともに提出ください

## 禁煙誓約書 禁煙補助金申請書

誓約書:私は禁煙に取り組み、タバコ(電子タバコ含む)をやめること宣言致します。

期 日: 年 月 日 ・ 氏名(自署)

「禁煙外来」もしくは「禁煙補助薬(薬局で購入)」で禁煙に「取り組むこと。  
健康保険組合の禁煙支援(補助)の適用となる場合、個人負担金、購入金額について15,000円迄  
を上限とし、補助します。  
以前に当申請をしたことがある場合の再チャレンジも受けれます。

### ■ 禁煙外来、禁煙補助剤購入費用補助条件

治療開始時から費用申請時まで全ての期間において帝国ホテル健康保険組合の加入者であること

### ■ 費用補助対象者

帝国ホテル健康保険組合に加入している被保険者(本人)

### ■ 必要添付書類

・禁煙外来を利用した際の領収書、・禁煙補助剤を購入した薬局の領収書を添付し、提出してください。

### 以下の欄を全てご記入ください

申請日	年 月 日
申請者氏名	(フリガナ )
保険証 記号・番号	記号 -
現住所	〒 -
連絡先	日中連絡がとれる電話番号 - -
所属事業所・部署	

禁煙開始日	年 月 日			
禁煙完了日	年 月 日			
禁煙開始前の喫煙本数	1日 本			
費用補助申請額	円			
費用補助振込先口座 (申請者本人名義)	銀行名		銀行コード	
	支店名		支店コード	
	口座番号 (普通預金)		カタカナ 口座名義	

※資格喪失後は申請できません。

※この用紙に記載された個人情報には補助金支給に利用するほか、健康保険組合が実施する保健事業で活用することがあります。