

令和 年 月 日

愛知県農協健康保険組合理事長 様

事業所名 〇〇〇農業協同組合

被保険者氏名 健康 三 郎

被保険者等記号番号 1234 - 789 ⑨

禁煙補助剤助成金交付申請書

下記のとおり禁煙補助剤利用による禁煙を実施しましたので、結果の報告と助成金の交付を申請します。

1. 禁煙実施者

実施者氏名	続柄	禁煙の結果
健康 三 郎	本人 ・ 家族	成功 ・ 失敗

2. 助成金交付申請額 計 5,000 円 (※上限5,000円)

3. 添付書類および注意事項

- ①領収書の原本（禁煙補助剤購入代と記入のあるもの。レシート、コピー不可）
②助成金交付額を越える領収書の貼付は必要ありません。

4. 領収書貼付欄

禁煙補助剤購入代と記入のある領収書（原本）を貼付

※この申請によって取得する個人情報は、当組合の助成金支払事務・統計および分析を目的に利用いたします。