

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

トプコン健康保険組合 行

終了報告書（兼 補助金申請書）

会 社 名				所 属 部 門	
申込者氏名		社員番号		メールアドレス	@topcon.com
禁煙プログラム	お申込みのプログラムに_____をつけてください。 プログラム③：禁煙外来コース プログラム④：禁煙ガムを用いた禁煙コース				
実 施 期 間	開始日：_____年_____月_____日（禁煙外来コースの場合は初診日） 終了日：_____年_____月_____日				
禁 煙 の 継 続 状 況	<input type="checkbox"/> 実施期間終了後、本報告書提出日までの _____ 日間、禁煙が「継続している。 <input type="checkbox"/> 禁煙に失敗した。				
(プログラム③の方) 医 療 機 関	医療機関名： 所 在 地：				
発 生 費 用	プログラム③の方（診察代+薬剤代） 通院 1 回目：_____円 通院 4 回目：_____円 通院 2 回目：_____円 通院 5 回目：_____円 通院 3 回目：_____円 合計：_____円				
	プログラム④の方 使用した禁煙ガム：_____円 購入代：_____円				
振 込 先	金融機関名： 支店名： 預金種別：普通・当座		口座番号： 口座名義： (カタカナ)		
注意事項 <ul style="list-style-type: none"> 禁煙成功後、必要事項を全てご記入のうえ、当健康保険組合に（本社以外の方は会社担当者経由で）ご提出ください。 事前に「禁煙支援プログラム申込書」をご提出いただいている方のみ、申請ができます。 禁煙外来を受けた方は、全ての領収書（原本を添付してください）。 <p>※禁煙ガムご購入の場合は、商品名が確認できる領収書が必要となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 禁煙成功時点でトプコン健康保険組合の資格を喪失している方は補助金の支給対象外になります。 					

トプコン健康保険組合				備考欄
常務理事	事務長		担当	