|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務局長 | 部　　長 | 課　　長 | 課長補佐 | 係　　長 | 係　　員 |
|  |  |  |  |  |  |  |

（様式第５号）

東京都家具健康保険組合　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ●年●●　月●　●日

**禁煙サポートプログラム（禁煙治療）終了に係る還付申請書**

●

次のとおり所定の禁煙サポートプログラム（禁煙治療）を終了したので還付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記号―番号 | 被保険者氏名及び印① |
| －　 | 　　　　　　　㊞ |
| 参加費 | 未処方薬剤 | 追加制吐薬 | 自己負担(D) |  参加費還付(E) | 還　付 額 |
| A | B | C |  (A-B+C)X1/3 | A-B+C-D | B+E |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| （チャンピックス・ニコチネルTTS） | [治療期間] | [追加制吐薬]　　錠 |

【申請者の方へ】

申請書の内容を確認し誤りがなければ

① 被保険者氏名及び印欄に請求者印を捺印

② 委任状欄に署名捺印（①と②の印は同じ印を捺印してください）の上、「禁煙成功報告書」を添付して事業主に提出してください。

〈還付申請に関する注意事項〉

１．還付は、治療薬の服用（貼付）を終了した日からチャンピックス使用の場合は3ヶ月、ニコチネルTTS使用の場合は4ヵ月経過後も禁煙が継続されている方（予定した治療薬服用（貼付）の終了前に医師が診察して服用（貼付）が不要(治療終了)とされた方を含む）が対象です。「禁煙成功報告書」（様式６号の１）を必ず添付して申請してください。

２．未処方薬剤の返還は、プログラムを終了する前に医師が診察して、服用（貼付）が不要（治療終了）とされた方又は服薬（貼付）中止（治療中止）を指示された方に限り、未処方薬剤分の費用を返還いたします。

３．自己負担(額)に10円未満の端数が生じた場合は四捨五入しています。

４．還付金は、事業所経由でお支払いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任状欄②委任状欄② | 私は右の事業主を代理人と定め、禁煙サポートプログラム（禁煙治療）終了に伴う還付金の受領方を委任します。　　　年　　　　月　　　　日被保険者（請求者）名　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 事業所名　　所在地事業主名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

【事業主の方へ】

被保険者からこの「還付申請書」が提出されましたら、委任状欄の事業所名及び所在地、事業主名を記載し、事業所印を捺印のうえ、「禁煙成功報告書」を添付して当組合に提出してください。

|  |
| --- |
| 支払日付印 |

|  |
| --- |
| 受付日付印 |