送付先：〒１０５－００１２
東京都港区芝大門２－８－１３
サクセス芝大門ビル3階
レゾナック健康保険組合　禁煙支援係　宛

常務理事	事務長	担当

郵送または社内メール便で（株）キュアアップ発行の「卒煙証明書」のコピーとともに提出ください

【記入例】禁煙支援費用補助申請書

当健保の保健事業であるオンライン禁煙支援プログラムを終了して禁煙に成功した場合に
「10,000 円」を補助します。

■禁煙支援費用補助条件

禁煙開始時から費用申請時まで全ての期間においてレゾナック保険組合の加入者であること

■費用補助対象者

レゾナック健康保険組合に加入している被保険者（本人）（20歳以上）

■必要添付書類

（株）キュアアップ発行の「卒煙証明書」のコピーとともに提出してください

以下の欄を全てご記入ください

申請日	○○○○ 年 ○ 月 ○ 日			
卒煙者氏名	健保　太郎		ﾌﾘｶﾞﾅ	ケンポ　タロウ
被保険者等の記号・番号	記号	００００	番号	123456
現住所	〒　000-0000　東京都港区芝大門○－○－○			
連絡先	日中連絡がとれる電話番号	０００－００００－００００		
所属事業所・部・ｸﾞﾙｰﾌﾟ	○○会社 ○○事業部 ○○グループ			

禁煙治療開始日	○○○○	年	7	月	29	日		
禁煙治療完了日	○○○○	年	○	月	○	日		
費用補助申請額	10,000円							
費用補助振込先口座（申請者本人名義）	金融機関名	レゾナック銀行						
	支店名	健保支店					フリガナ	ケンポ　タロウ
	口座番号（普通預金）	1	2	3	4	5	6	7	口座名義氏名	健保　太郎

（ご注意）資格喪失後は申請できません。