

南海電気鉄道健康保険組合 御中

禁煙外来治療補助制度利用申込書

年 月 日

健康保険証	記号： 番号：
氏 名	
会社名・所属部署名	
自 宅 住 所	〒
連絡先電話番号	
治療開始日	年 月 日

※申込書の個人情報は、健康保険組合が行う禁煙外来治療補助制度事業の目的のみに使用し、正当な理由なしに他の目的では使用いたしません。

※健康保険組合で申込書が受理されたら、「禁煙外来治療補助金支給申請書」を自宅に郵送しますので、内容を確認の上、大切に保管してください。