

【健保記入欄】

支給ポイント合計	
利用総額	円
支給ポイント数	Pt

常務理事	事務長	上長	担当

「禁煙治療」補助支給申請書

【本人記入欄】

年 月 日

下記のとおり実施しましたので、健保補助(ソニーポイント)の支給を申請いたします。

事業所 ※被扶養者・特例退職者・任意継続の方はその旨ご記入ください	
氏名	
保険証(記号-番号)	-
禁煙外来 初回診療受診日	年 月 日
所属部課名(社員以外は住所)	
連絡先	- - (内線)
メールアドレス	ソニーポイント発行URLをお送りしますので必ずご記入ください。

下記のとおり、禁煙外来を利用しましたので報告いたします。(領収書の詳細をご記入ください)

利用日	摘要項目	金額
合 計		

- ※この欄の二重線、修正液等による訂正は不可です。 ※全ての領収書(原本)を必ず添付してください。
- ※対象は禁煙外来診療費・薬代(自己負担分)のみとなります。 ※ソニーポイントの発行は、メールにてお知らせいたします。
- ※補助額として、禁煙外来にかかる診療費・薬代の6割(上限10,000円分)をソニーポイントで還付いたします。
- ※対象は受診日より1年以内に申請したものに限りです。
- ※領収書を確定申告で使用する場合は「領収書原本返却願」を提出ください。

添付書類 (達成確認に下記が必要となりますので必ず添付下さい。)

- ・禁煙証明および誓約書
- ・禁煙外来診療費・薬代領収書

●補助支給申請書 送付先

[郵 送]: 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階
ソニー健康保健組合 禁煙担当 行き

※社内送達便ご利用の場合は「極秘文書」扱いとなりますので2重封筒にして送付してください。
[社内便あて先]: ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合 禁煙担当 行き

【問合せ先】 ソニー健康保健組合 禁煙担当

電話 050-3807-5101
e-mail kenpo-kinen@sony.com