

事務長	上長	係

ソニー健康保険組合 理事長 殿

申請日 年 月 日

領収書原本返却願
(禁煙治療補助申請書の添付 領収書原本)

被保険者証 記号		被保険者証 番号	
フリガナ 被保険者 氏名	㊟	申請者 生年月日	年 月 日
連絡先住所 電話番号	〒	Tel	()
返却希望理由			

【返却希望領収書】

発行年月日	金額	発行店名称

<注意事項>

申請者は、該当する領収書原本を添付した禁煙補助薬購入補助申請書の申請者であること。
 印鑑は認印可、シャチハタ、日付印は不可となります。また訂正した場合は訂正印を押してください。
 返却は申請者の上記住所へ申請者名義で送付いたします。

<個人情報について>

ソニー健康保険組合の個人情報保護ポリシー(基本方針)により取組みを推進しています。
 ご記入頂いた個人情報は「費用補助」の目的に限り、ソニー健康保険組合が収集管理致します。

■提出先■

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階
 ソニー健康保険組合 宛 TEL 050-3807-5101