

<丸井健康保険組合行>

丸井グループ 人事部長様

「オンライン禁煙プログラム」補助金申請書

私は、丸井グループと丸井健康保険組合が協働で行う「オンライン禁煙プログラム」に参加し、規定回数の受診を完了して禁煙に成功しましたので、下記のとおり補助金を申請いたします。

記

■申請者記入欄

申請日	年 月 日			
申請者			社員番号	
所 属	会社名		店名 部	
	ショップ 課・室		担当	
	内線	— —	外線	— —
申請額	¥10,000		※申請日の翌月の給与に加算して支給いたします	

■確認者記入欄

私は、申請者が「オンライン禁煙プログラム」に参加して、禁煙に成功したことを確認しました。

健康管理委員 又は所属長	印
-----------------	---

■提出方法

提 出 先	丸井健康保険組合 保健事業担当
送 付 方 法	①社内メール便 ②郵送 <送付住所> 〒164-0001 東京都中野区中野3-7-18
お 問 合 せ	(内線) 8-11-5558 (外線) 03-5385-0670

丸井グループ労務課

課長	担当

丸井健康保険組合

常務理事	課長	担当