

提出先：本人→事業所総務課（本社は直接）→日清紡健康保険組合 行

申請者印

**禁煙治療費補助制度 エントリーシート**

（医療機関を受診後、1か月以内に提出）

私は、禁煙外来治療による『卒煙』にチャレンジすることを、ここに宣言し、禁煙治療費補助制度にエントリーいたします。

社員番号	
氏名	
被保険者証	記号：                      番号：
会社名	
事業所名／所属部署名	
連絡先電話番号（会社）	

1. 禁煙開始日

禁煙開始日	年    月    日
卒煙予定日	年    月    日

- ※ 禁煙開始日は、医療機関発行の「禁煙宣言書」に記載の日付を記入してください。
- ※ 卒煙予定日は、禁煙治療開始より6か月後としてください。

- ★禁煙開始日から1か月以内に、健康保険組合へ提出すること。
- ★治療薬の使用上の注意（うつ等の精神疾患患者への慎重投与、服薬中の自動車運転等の危険な機械操作をさせない注意など）があるため、治療にあたってはご自身の健康状態、投薬状況、生活状況（通勤・業務での車の使用など）を正確に医師に伝え、医師の指導に従うようお願いいたします。
- ★キャンペーンのエントリー状況は、会社と共有させていただきますので、ご了解願います。

## 禁煙宣言書

(医療機関の禁煙宣誓書があれば、この用紙は不要です)

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の  
害ならびに禁煙の効果を十分に理解した上  
で\_\_\_\_月\_\_\_\_日より、禁煙することを宣言します。

年 月 日

患者氏名(自署): \_\_\_\_\_

医療機関名: \_\_\_\_\_

担当医(自署): \_\_\_\_\_

<b>支給金額</b> ※健保組合で入力します。
円

支給決定伺		
年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

## 補助金請求書 (卒煙後1か月以内に提出ください)

≪申請から給付の流れ≫



被保険者証	記号 番号		被保険者氏名		印
治療の種類	1. 禁煙外来治療				
受診医療機関名 (病院名)					
禁煙治療の期間	自.	年	月	日	
	至.	年	月	日	
被保険者の自己負担治療費					円
※保険診療で受けた治療が補助対象です。 領収書が『保険診療』であることをご確認ください。					
「振込先口座」					
銀行名		※銀行コード			
支店名		※支店コード			
口座種別	当座	・	普通	口座番号	

**●対象者 および 補助金額**

1. 対象者：禁煙外来の保険診療適用条件を満たす、被保険者  
 <参考>  
 ■患者自らが禁煙を望む  
 ■ニコチン依存症診断用のスクーリングテスト(TDS)の結果が5点以上 (ニコチン依存症)  
 ■ブリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上  
 ■禁煙治療について説明を受け、その禁煙治療を受けることを文書により同意された被保険者。

2. 補助金額：期間中に禁煙外来を受診し、医療機関から「禁煙外来終了証明」等が交付された方の、外来治療自己負担金額に対して30,000円を上限として補助金を支給します。  
 外来治療自己負担額が30,000円未満の場合は、その額となります。  
 初診時一部負担金補助を受給済の場合は、30,000円よりその額を差引いた分が上限となります。  
 エントリーシート提出期限 4月1日から翌年2月28日までの受診で、受診後1か月以内。  
 補助金申請提出期限 卒煙から1か月以内。

**●添付書類：**① 宛名・検診の種類が明記されている領収書(コピーでも可)  
 ② 医療機関が交付した「禁煙外来終了証明」

**●支払方法：**健康保険組合から本人の指定口座へ振込ます。