

No. 1

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 | |
| 健康保険被保険者 | 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): _____

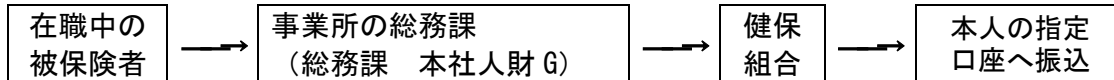
No. 3

| |
|-----------------------------|
| 支給金額 ※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≫



| | | | |
|---------------------------------------------------------|-----------|----------|----------|
| 健康保険 被保険者 | 記号 番号 | 被保険者氏名 | |
| 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。