

健康 保険 組合 使用 欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定額	支給日
				円	
	資格取得日	年		月	日
	被扶養者認定日	年		月	日

## ＜禁煙外来＞補助金支給申請書

補助金は卒煙達成後に請求できます。

健康保険者証	記号		番号	
受診者名				被保険者 との続柄
受診医療機関	名称			
	所在地			
治療期間	自. 年 月 日 至. 年 月 日			
自己負担治療費	円 ※全受診分の領収書(写し可)を添付			
証明	※医療機関で発行された「禁煙外来終了証明」を添付、ない場合は下記へ「医師の証明」をお願いします。 <b>上記の者が禁煙治療を終了したことを証明します。</b>  医療機関名 年 月 日 医師名			
振込先	銀行		支店	預金種別
	普通		当座	
※被保険者の口座に限る	口座番号			口座名義 (カナ)
上記の通り申請します。 年 月 日				
被保険者の住所 _____				
被保険者の氏名 _____				
TEL _____				

- 対象者 卒煙達成時に被保険者・被扶養者であり、かつ禁煙外来治療の「※保険適用条件」を全て満たす者  
 ※保険適用条件  
 1.ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で5点以上、ニコチン依存症と診断された方  
 2.35歳以上の場合、ブリンクマン指数(=1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上の方  
 3.直ちに禁煙することを希望されている方  
 4.禁煙治療についての説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意された方
- 補助金 禁煙外来を受診、医療機関から「禁煙外来終了証明」が交付され、第三者による卒煙証明があった者に限り、治療費自己負担10,000円を上限として実費補助
- 添付書類 ①禁煙外来治療に要した費用の領収書(写し可)  
 ②医療機関交付の「禁煙外来終了証明」または、上記に医療機関の証明  
 ③第三者(家族・職場の上司・同僚など)からの「卒煙証明」
- 補助金支払 毎月15日までの受付分を末日払い  
 (振込先は被保険者名義の口座のみになります)