

## 『禁煙治療』補助金給付申請書

被保険者証	記号		被保険者氏名	
	番号			
治療の種類	1. 禁煙外来治療 <span style="font-size: 1.2em;">〔 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 〕</span>			
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
大京健康保険組合理事長殿				
年 月 日				
被保険者 住所				
氏 名				
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span>				

金 額
円
備考

支給決定伺		
年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

### ●対象者 および 補助金給付額

1. 対象者：禁煙外来の保険診療適用条件を満たす、20歳以上の在職中の被保険者

<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(35歳以上)
- 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：禁煙外来を受診し、本人による卒煙報告書があった者に限り、外来治療自己負担金額に対して10,000円を上限として補助金を給付。

外来治療自己負担額が10,000円未満の場合は、その額とする。

- 添付書類：①宛名が明記されている「禁煙治療に要した費用」の領収書(コピーでも可)  
②本人からの卒煙報告書

- 支払方法：書類提出後翌々月健保から給付します。

# 卒煙報告書

禁煙開始から、現在までの3ヶ月間

私 \_\_\_\_\_ が禁煙を継続し、卒煙したことを報告します。

補助金は下記口座に振り込みをお願いします。

振込先金融機関名	
支店名	
フリガナ	
口座名義	
預金種類	
口座番号	

年 月 日

印