

※所属事業所経由で提出のこと。

※禁煙外来終了から更に3か月禁煙継続で、在職。

※禁煙外来終了証明書、卒煙達成証明書の添付必要。

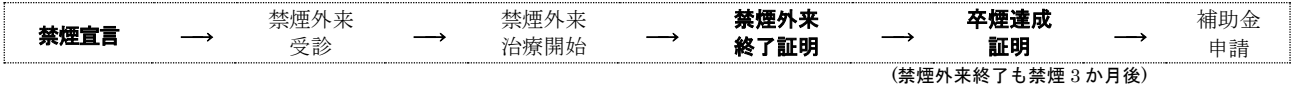
※禁煙外来治療は、12週間・通院5回（基本）

支給決定額
円
(上限：15,000円)

常務理事	事務長	担当者

※破線より上は健保記入

《禁煙宣言から補助金申請までの主な流れ》



『禁煙外来治療』禁煙外来補助金申請書

※太枠内のみ記入

※「禁煙宣言書」を当健保に提出してから禁煙外来を受診。
この補助金は、卒煙を達成した後のみ請求できます。

被保険者証	記号 番号	被保険者氏名
治療の種類	禁煙外来治療	(保険診療で受けた治療(服薬を含む)が補助対象です 領収書が『保険適用』であることを必ず確認のこと)
受診医療機関名および薬局名		
禁煙継続の期間	自. 年 月 日 至. 年 月 日	・計 ____ 箇月 ____ 日
被保険者の自己負担額 (医療費と薬剤費を合算)	円	
上記の通り申請し、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。		
古河健康保険組合殿		
年 月 日		
被保険者 住所 氏 名		
(印)		

●対象者および補助額

1. 対象者：在職中の被保険者

※禁煙外来治療に関する補助を外部機関等（地方公共団体等）から受けていない。

※禁煙外来治療終了後も禁煙が3か月以上継続しており、卒煙達成時に在職中である。

※下記の“禁煙外来治療が保険診療となる条件”の全てを満たしている。

《禁煙外来治療が保険診療となる条件》

- ① 直ちに禁煙（卒煙）したいと自ら強く希望していること
- ② ニコチン依存症診断用のスクリーニングテスト(TDS)の結果が5点以上【ニコチン依存症】
- ③ 加えて、35歳以上の方はプリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上
- ④ 医師から禁煙外来治療の内容等について説明を受け、それに同意していること
- ⑤ 前回の禁煙外来治療の初回診療日から1年以上経過していること

《補助金申請までの流れ》

禁煙外来治療を受けるにあたり、当健保に対し最初に「禁煙宣言書」を提出していただきます。
その後の流れにつきましては、上部欄外を参照願います。

- #### 2. 補助額：15,000円を上限とし、自己負担額が15,000円未満ならばその額（100円未満切捨て）。 但し、補助金申請は1年度につき1回限りとする。

- ### ●添付書類：① 宛名に被保険者名が明記され、禁煙治療に係る医療機関及び薬局発行の「領収書(原本)」 ② 禁煙外来（要保険診療）を受診した医療機関から交付された「禁煙外来終了証明書」 ③ 第三者（職場の上司・同僚・医療スタッフ・ご家族）が署名捺印の「卒煙達成証明書」

- ### ●支給方法：各所属事業所経由で給付。（原則、毎月10日締め、当月末日払い）