

※健康保険組合記入欄

(様式⑤)

常務理事	係長	担当者	支給決定年月日	支給決定金額

しんくみ東海北陸健康保険組合 理事長 殿

## 卒煙賞申請書 (禁煙サポート事業)

医療機関における保険適用の禁煙外来治療 (通院および服薬) を終了し補助金を申請し、さらに禁煙外来治療終了日以降も継続して3か月間禁煙を達成しましたので、下記のとおり卒煙賞を申請いたします。

		令和 年 月 日提出	
事業所名		保険証記号・番号	
		—	
申請者氏名			
卒煙賞		3,000 円	
禁煙達成確認 支援者氏名 (禁煙見届け人)		上記申請者は、医療機関における保険適用の禁煙外来治療 (通院および服薬) を終了し、禁煙外来治療終了日以降も継続して3か月間禁煙を達成したことを確認しました。 令和 年 月 日 支援者氏名	
支払金融機関欄	フリガナ	普通・当座	
	口座番号	信組・銀行 信金・農協	本店 支店
		口座名義人	フリガナ
委任事項	この補助金の受領を一括受領責任者(事業所)に委任します。 令和 年 月 日 申請者氏名		

### ※ 申請上の注意事項

1.	補助対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 「禁煙宣言書(禁煙サポート事業)(様式①)」を事前に健保組合に提出されている者</li> <li>■ 禁煙外来治療(通院および服薬)を全て終了し、さらに禁煙外来治療終了日以降も継続して3か月間禁煙を達成した被保険者および被扶養者(任継者は除く)</li> <li>■ 禁煙外来治療(通院および服薬)開始時および終了時にしんくみ東海北陸健康保険組合に加入している者</li> <li>■ 卒煙賞を申請する場合は、卒煙日以降3ヶ月間もしんくみ東海北陸健康保険組合に加入している者</li> <li>■ 禁煙外来治療(通院および服薬)の条件を満たし、健康保険が適用される者</li> <li>■ 保険適用の禁煙外来治療は今回が初めてまたは前回の治療から1年以上経過している者</li> </ul>
2.	補助回数及び補助額	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 4月～翌年3月末の年度内に1人1回限り</li> <li>■ 禁煙外来治療自己負担金額に対して15,000円を上限に実費分を補助((様式②)で申請済み) (ただし、算出した額に100円未満の端数があるときは、その端数は切り捨て) (禁煙外来を全て終了した者または禁煙外来治療の途中で禁煙できた者)</li> <li>■ 卒煙賞として3,000円支給 (禁煙外来治療終了日以降も継続して3か月間禁煙を達成した者)((様式⑤)で申請)</li> </ul>
3.	添付書類	■ なし
4.	その他	※禁煙治療プログラムを自己都合により途中でやめた場合は、補助対象外となります。 ※禁煙外来治療を終了し、3か月間の禁煙を達成した後、2ヶ月以内に申請してください。 ※「健康宣言書(禁煙サポート事業)(様式①)」に記入していただいた支援者に、禁煙達成確認の署名を受けてください。