

| | | | | |
|------------|----|-----|---------|------------|
| ※健康保険組合記入欄 | | | | (様式⑥) (見本) |
| 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

禁煙治療費補助金および卒煙賞申請書 (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、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、下記のとおり禁煙治療費補助金および卒煙賞を申請いたします。

令和 3 年 6 月 30 日提出

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|---------------|---|-----------|-------|---|---|---|---|-------|
| 事業所名 | | 保険証記号・番号 | | 申請者氏名 | | | | | | |
| しんくみ東海北陸健康保険組合 | | 1234 - 1234 | | しんくみ 東海北陸 | | | | | | |
| 診療を受けた医療機関 | 名称 | しんくみ健保クリニック | | | | | | | | |
| | 所在地 | 愛知県名古屋市中区3-21 | | | | | | | | |
| 治療開始年月日 | 令和 3 年 1 月 1 日 より | | | 治療回数 | 5 回 | | | | | |
| 治療終了年月日 | 令和 3 年 3 月 1 日 まで | | | | | | | | | |
| 禁煙治療に要した費用 | 19,000 円 (自己負担の総額を記入) | | | | | | | | | |
| 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、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ことを確認しました。 令和 3 年 6 月 29 日 支援者氏名 健康 保険 | | | | | | | | | |
| 支払金融機関欄 | フリガナ シンクミトウカイホクリクケンコウホケンクミアイ ホンテン しんくみ東海北陸健康保険組合 信組 銀行 本店 信金・農協 信金 支店 | | | | 普通 当座 | | | | | |
| | 口座番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 口座名義人 |
| 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 3 年 6 月 30 日 申請者氏名 しんくみ 東海北陸 | | | | | | | | | |

※ 申請上の注意事項

| | |
|--------------|---|
| 1. 補助対象者 | <ul style="list-style-type: none">「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)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 |
| 2. 補助回数及び補助額 | <ul style="list-style-type: none">4月～翌年3月末の年度内に1人1回限り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 (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)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) |
| 3. 添付書類 | <ul style="list-style-type: none">医療機関に記入を依頼した「禁煙外来治療終了証明書(様式③)」 ※医療機関独自の証明書があればそちらでも可能です。コピーを添付してください。医療機関や薬局で発行される「領収書」および「診療明細書」の原本((様式④)へ添付) ※レシートは不可です。 ※領収書がない診療については、補助金を支給いたしません。 ※領収書には、必ず次の記載が必須です。 ①受診者・購入者氏名 ②医療機関や薬局の印 ③禁煙外来治療に該当すると分かるただし書き (例:禁煙外来治療、禁煙治療薬代など) ※禁煙外来治療以外の費用が含まれている場合は、その費用を除いた金額を補助します。 ※補助限度額(15,000円)を超える場合は、必要最低限の領収証および診療明細書を添付してください。 ※領収書および診療明細書に不備がある場合は、返却させていただきます。 |
| 4. その他 | <ul style="list-style-type: none">※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。 |

※健康保険組合記入欄 (確認欄)

| 診療回 | 診療年月日 | 患者負担額 (領収書金額) | 備考欄 |
|-----|-------|---------------|-----|
| 第1回 | 年 月 日 | 円 | |
| | 年 月 日 | 円 | |
| 第2回 | 年 月 日 | 円 | |
| | 年 月 日 | 円 | |
| 第3回 | 年 月 日 | 円 | |
| | 年 月 日 | 円 | |
| 第4回 | 年 月 日 | 円 | |
| | 年 月 日 | 円 | |
| 第5回 | 年 月 日 | 円 | |
| | 年 月 日 | 円 | |
| 第6回 | 年 月 日 | 円 | |
| | 年 月 日 | 円 | |
| 第7回 | 年 月 日 | 円 | |
| | 年 月 日 | 円 | |
| 予備 | 年 月 日 | 円 | |
| | 年 月 日 | 円 | |
| 合計 | | 円 | |