豊田合成健康保険組合　行

ニコチンパッチコース 参加申込み・補助金申請書

1. 参加申込み

※参加申込時に記入してください

参加申込日	20　　年　　月　　日

被保険者等	記号	番号	申込者氏名（被保険者）			
生年月日	西暦　　年　　月　　日		喫煙状況	喫煙年数　　年・	喫煙本数　　本/日	
会社名			所属		内線	-
			申込時費用（給与控除*2）	**19,000 円**		

*1 ニコチンパッチ購入時の薬剤師による問診をｅメールで行います。ｅメールが利用できない方は、健保 秋本（611-5112）までご連絡ください
*2 毎月 20 日までに健保からニコチンパッチ発送した方について、翌月の給与から控除します。

2. 補助金申請

※禁煙成功後の補助金申請時に記入してください

補助金申請日	20　　年　　月　　日

ニコチンパッチコース（8 週間）を終了し、現在も禁煙を継続していますので、**補助金（13,000 円）を申請します。**

①禁煙証明

禁煙開始日 20　　年　　月　　日 から現在までの 8 週間以上の間、＿＿＿＿＿＿さん の禁煙が継続していることを証明します。

【職場の上司　記入日： 20　　年　　月　　日】

会社名				所属	
社員コード		役職		署名	

【同居の家族*　記入日： 20　　年　　月　　日】

関係		署名	

*一人暮らしの場合、職場以外での禁煙を証明いただけるご家族・親類・友人など も可能です。

②振込口座

※ 必ず申込者（被保険者）名義 の口座をご記入下さい。（ゆうちょ銀行への振込みはできません）

金融機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 銀行・信金・農協・信組　支店 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

口座番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（普通・その他）　フリガナ 名義 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【健保記入欄】

参加申込		補助金申請		
受付日	給与控除日	受付日	支給判定	支払日
No.	/		□支給 13,000 円 □不支給（理由：　　）	/

＜ルート＞ 申込者（参加申込み）→ 健保（受付・給与控除）→ 申込者（補助金申請）→ 健保（支払判定→補助金支払い）

＜帳票№311-03＞

ニコチンパッチコース 申込み・補助金申請をご利用いただく上での注意点

1. 参加できる人 と ニコチンパッチの購入方法

健保指定の方法でニコチンパッチを購入して禁煙にチャレンジし、禁煙に成功したら補助金を申請することができます。

1-1. 参加できる人

・申込み時点で喫煙しており、禁煙する意志があること。

・申込み時点 および 補助金申請時点で、豊田合成健康保険組合に加入する被保険者。
（被扶養者は対象外ですのでご注意ください）

・補助金申請時に「職場の上司」および「同居の家族＊」から禁煙継続を証明する署名が得られること。

＊一人暮らしの場合、職場以外での禁煙を証明いただけるご家族・親類・友人など も可能です。

1-2. ニコチンパッチの購入方法

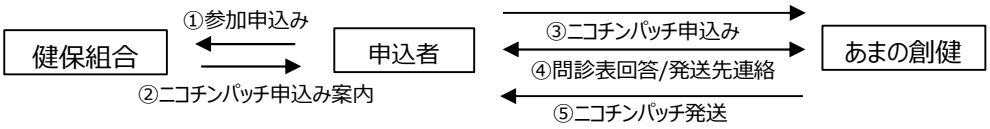
①『ニコチンパッチコース申込み・補助金申請書』（帳票№311-03＝本帳票）を健康保険組合に提出してください。

②健保からニコチンパッチ申込み案内を送付します

③④健保指定の医薬品販売業者（あまの創健）の web サイト（②パッチ申込み案内に記載）にアクセスして、問診票に回答し薬剤師の確認を受けてください（ニコチンパッチは薬剤師の問診を受けないと購入できません）。

⑤問診に問題がなければ、あまの創健からご指定の場所にニコチンパッチ（8 週間分）が届きます。

・ニコチンパッチ（8 週間分）の購入費用（19,000 円）は、申込者の給与から控除します。



2. 補助金の支給対象

・健保指定の方法でニコチンパッチを購入して禁煙にチャレンジし、8 週間以上禁煙を継続した人

・「職場の上司」および「同居の家族＊」から禁煙継続を証明する署名を得ていること

＊一人暮らしの場合、職場以外での禁煙を証明いただけるご家族・親類・友人など も可能です。

・以下に該当する場合は、補助金を支給できませんのでご注意下さい。

① 本申込書を使用せず、健保指定以外の方法でニコチンパッチを購入（ドラッグストア・ネット通販など）した場合

② 禁煙証明が得られない場合

③ 健保への申込み日から 16 週間以上経過している場合

3. 補助金の申請方法

・禁煙に成功した後、申請受付済の『ニコチンパッチコース申込み・補助金申請書』（帳票№311-03＝本帳票）に①禁煙証明の記入、②振込口座の記入をしたうえで、健保へ提出下さい。

・禁煙開始日は、「ニコチンパッチが自宅に届いて以降の禁煙を開始した日」を記入してください。

4. 補助金について

・ニコチンパッチコースの補助金は 13,000 円（一律）です。

・『ニコチンパッチコース申込み・補助金申請書』（帳票№311-03＝本帳票）に記入いただいた、申込者本人名義の口座に振り込みます。

5. 個人情報の取り扱いについて

申請書に記載された個人情報は、当健保が実施する保健事業にのみ使用しそれ以外には使用致しません。

※ ご不明な点がありましたら、下記までお問合せ下さい

〒492-8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500 豊田合成健康保険組合 江口 ・ 秋本
外線：0587-23-6661 内線：611-5112