

禁煙外来コース 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	-

受診医療機関				所在地	都道府県	市郡
初回受診予定日	20 年 月 日					

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
--------	----	---	---	---

禁煙外来の受診を終了し、現在も禁煙を継続していますので、**補助金（実費相当額、上限 13,000 円）**を申請します。

① 禁煙外来受診にかかった費用

受診期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	受診料合計	円
受診回数	回		

※ 医療機関および調剤薬局で支払った費用の、全ての領収書（原本）を本帳票にホチキスでとめて提出してください

② 禁煙証明

禁煙開始日 **20 年 月 日** から現在までの 12 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】

事業所			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。

③ 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		
		フリガナ		
口座番号	(普通・その他)	名義		

【健保記入欄】

参加申込	補助金申請		
受付日	受付日	支給判定	支払日
/	/	<input type="checkbox"/> 支給 (円)	/
No.	<input type="checkbox"/> 不支給 (理由:)		

禁煙外来コース 申し込み・補助金申請をご利用いただく上での注意点

1. 参加できる人と参加申込方法

禁煙治療に保険が適用される医療機関（禁煙外来）を受診し、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. 参加申込方法

- ① 受診する医療機関名、初回受診予定日を決めてください。
※禁煙治療に保険が適用される医療機関は、<http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>で検索できます。
- ② 『禁煙外来コース申込み・補助金申請書』（帳票No.313-03=本帳票）を健康保険組合に提出してください。
必ず、初回受診日より前に健康保険組合に提出してください
- ③ 禁煙外来の受診を開始してください。

2. 補助金の支給対象

- ・禁煙外来で禁煙にチャレンジし、12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 初回受診日より前に健康保険組合への参加申込みをしないで、禁煙外来への通院を始めた場合
 - ② 禁煙証明が得られない場合
 - ③ 健保への申込み日から24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『禁煙外来コース申込み・補助金申請書』（帳票No.313-03=本帳票）に
 - ①医療機関および調剤薬局で支払った費用の、全ての領収書（原本）の添付、②禁煙証明の受領、③振込口座の記入をしたうえで、健康保険組合に提出してください。
- ・禁煙開始日は、「禁煙外来の初回受診日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

- ・禁煙外来コースの補助金は支払った医療費の実費相当額（上限 13,000 円）です。
- ・『禁煙外来コース申込み・補助金申請書』（帳票No.313-03=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。

※ ご不明な点がございましたら、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