

禁煙外来治療補助金支給決定決議書

※この欄は記入しない	経伺	常務理事	課長	担当者	起案年月日	決定年月日
	支給金額				備考	

被保険者
被扶養者

禁煙外来治療補助金請求書

請求日 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号番号		—	事業所名		
	被保険者	氏名		資格取得 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
		生年月日	昭和 平成 年 月 日	住所及び 電話番号	〒 — 市 () —	
	受診者	氏名		被保険者 との続柄		
		生年月日	昭和 平成 年 月 日	禁煙開始前の 喫煙本数	1日あたり 本	
	受診医療 機関名		受診医療 機関所在地			
	禁煙治療開始日	令和 年 月 日	禁煙治療終了日	令和 年 月 日		
	合計自己負担額	円	補助金請求額	円		
	振込希望の金融機関【被保険者名義の口座】を記入してください					
	振 込 先	金融機関	銀行・信用金庫		本店	
		信用組合・農協		支店		
預金種類		普通・当座	口座番号			
	フリガナ	口座名義				

※1 この申請書には「禁煙外来治療開始日から終了日までに医療機関で支払ったすべての領収明細書の写し」の添付が必要です。

※2 受診者の健康管理と当組合の統計資料等疾病予防事業に活用させていただき、プライバシーの保護には万全を期し、目的以外のご使用はいたしません。

受付年月日

注意事項

- ◆ 禁煙外来の保険適用の医療機関で受診してください。
- ◆ 健康保険適用として禁煙治療を受けることができる条件は以下のとおりです。
 - ① ニコチン依存症にかかるスクリーニングテストで5点以上であること
 - ② 35歳以上の場合、1日の平均喫煙本数×喫煙年数の数値が200以上であること
 - ③ 直ちに禁煙を希望していること
 - ④ 禁煙治療を受けることに文書で同意していること
- ◆ 初回診療で健康保険適用外となった場合は、自由診療扱いのため全額自己負担となります。
- ★ **禁煙外来治療の終了日から3カ月以内に**、「被保険者・被扶養者禁煙外来治療補助金請求書」に必要事項を記入・押印し、「禁煙外来治療開始日から終了日までに医療機関で支払ったすべての領収明細書の写し」を添付のうえ、当組合へ郵送または窓口で提出してください。