

禁煙外来治療補助について

タバコをやめたいけど、なかなかやめられない方。

一人でも多くの方が、『禁煙』➡『卒煙』にチャレンジしていただくために『保険適用となる禁煙治療』にかかる治療費の一部を補助して禁煙達成の応援をします。

- * 対象者 ➡ 35歳以上の被保険者及び被扶養者
(下記の禁煙外来の条件を満たしている方)

◀禁煙外来の条件▶

- ◆ ニコチン依存症のスクリーニングテスト(TDS)の判定が5点以上。(別紙①)
- ◆ ブリンクマン指数(1日の喫煙本数に喫煙年数を掛けた数)が200以上であること。(別紙②)
- ◆ ただちに禁煙を始めたいと思っている。
- ◆ 禁煙治療を受けることを文書により同意している。

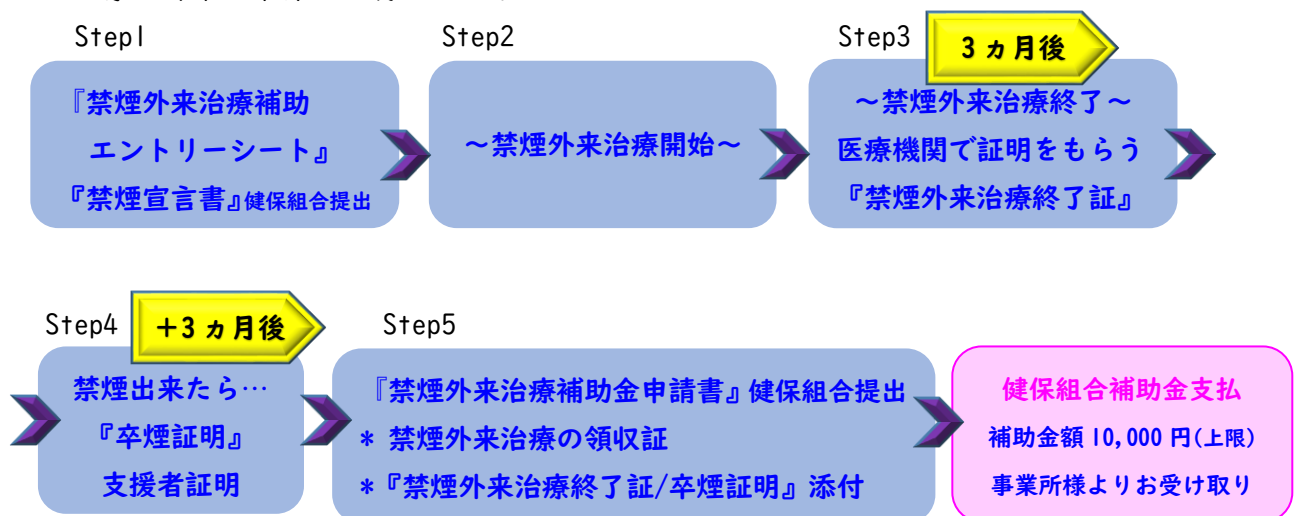
- * 補助金額 ➡ 10,000円上限(申請は、同一年度内に1回限り)
禁煙外来治療補助エントリーシート及び禁煙宣言を健保組合へ提出。
禁煙外来治療を受けて、治療終了後3カ月禁煙して卒煙出来た方に治療でかかった費用の一部を補助します。

* 補助対象外

- 禁煙治療を保険外診療で受けた場合
- 治療を途中で中断した場合
- 禁煙補助剤(禁煙用パイプ・ニコチンパッチ・ニコチンガムなど)個人で購入した費用
- 卒煙終了日時点で当健康保険組合を資格喪失している方

* 申請手続きの流れ

◀禁煙外来の条件▶を満たした方



❖ 禁煙チャレンジをご希望される方は、健康保険組合へお申し出ください。

(別紙)

◆ 禁煙治療に健康保険を適用するために必要な条件 ◆

① ニコチン依存症のスクリーニングテスト 合計5点以上

スクリーニングテスト TDS (Tobacco Dependence Screener)		はい (1点)	いいえ (0点)
Q1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。		
Q2	禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。		
Q3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくてたまらなくなることがありましたか。		
Q4	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のどれかがありましたか。 イライラ・神経質・落ち着かない・集中しにくい・憂鬱・頭痛・眠気・胃のむかつき 脈が遅い・手の震え・食欲または体重増加		
Q5	Q4の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。		
Q6	重い病気にかかった時に、タバコはよくないとわかっているのに吸ってしまったことがありましたか。		
Q7	タバコのために、自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
Q8	タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
Q9	自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。		
Q10	タバコが吸えないような仕事や付き合いを避けることが何度かありましたか。		
合計			点

② ブリンクマン指数(1日の喫煙本数に喫煙年数を掛けた数)が200以上

1日の平均喫煙本数 × これまでの喫煙年数 = 200以上

_____ × _____ = _____ 本

禁煙外来治療補助エントリーシート

(被保険者・被扶養者)

私は、禁煙外来治療による『卒煙』にチャレンジすることを、ここに宣言し、エントリーいたします。

No. _____

記号 - 番号	—
事業所名	
被保険者氏名	
宣言者氏名	
種 別	本人 ・ 家族

1. 禁煙開始日（禁煙外来治療開始日）

禁煙開始日	令和 年 月 日
卒煙予定日	令和 年 月 日

*禁煙開始日は、医療機関発行の『禁煙宣言書』に記載の日付を記入してください。

*卒煙予定日は、禁煙外来治療開始より6ヶ月後としてください。

2. _____ 様 の卒煙達成を支援します。

支援者氏名	
-------	--

*支援者は、ご家族や職場上司・同僚など、医療機関発行の『禁煙宣言書』に記載された方に記入してもらってください。

- ❖ 禁煙外来治療補助エントリーシートは、禁煙開始1か月後までにご提出ください。
- ❖ 治療薬の使用については、ご自身の健康状態や生活状況を正確に担当医師へ伝えていただき、担当医師の指導に従うようお願いします。
- ❖ エントリー状況は、事業所・健康保険組合で共有させていただきますので、ご了承願います。

禁煙宣言書

私はニコチン依存症であることを認識し、禁煙の害ならびに禁煙の効果を十分に理解したうえで令和 年 月 日より、禁煙することを宣言します。

令和 年 月 日

記号-番号 _____

宣言者氏名 _____

医療機関名 _____

担当医氏名 _____

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

支援者氏名 _____

禁煙外来治療終了証

様が、禁煙外来治療にて3ヵ月間のプログラムを

令和 年 月 日付で、終了されたことを証明します。

令和 年 月 日

〔医療機関名〕

* 医療機関名の入ったゴム印または医療機関スタッフの方に署名をもらってください。

卒煙証明

禁煙治療終了後から3ヵ月間

様の禁煙が継続し、卒煙したことを証明します。

令和 年 月 日

〔支援者氏名〕

* 支援者の方に、署名をもらってください。

禁煙外来治療補助金申請書

No. _____

【事業所経由で申請】

令和 年 月 日

健康保険証 記号—番号		被保険者氏名	
----------------	--	--------	--

下記のとおり、禁煙外来治療補助金を交付願いたく申請します。

受診者氏名		補助金額	円
生年月日	S . .	被保険者との続柄	本人・家族
治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
受診医療機関名 (病院名)		禁煙に要した 費用	

この請求に基づく補助金の受領を 氏名 に委任します。

被保険者（委任者）

【対象者】35歳以上の被保険者及び被扶養者 ◎対象年齢は、実施年度における年度末時点の満年齢

下記の禁煙外来の条件を満たしている方

《禁煙外来の条件》

- ◆ ニコチン依存症のスクリーニングテスト(TDS)の判定が5点以上。
- ◆ ブリンクマン指数(1日の喫煙本数に喫煙年数を掛けた数)が200以上であること。
- ◆ ただちに禁煙を始めたいと思っている。
- ◆ 禁煙治療を受けることを文書により同意している。

【補助金額】10,000円上限（申請は、同一年度内に1回限り）

禁煙外来治療補助エントリーシート及び禁煙宣言を健保組合へ提出。禁煙外来治療を受けて、治療終了後3カ月禁煙して卒煙出来た方に治療でかかった費用の一部を補助します。

【添付書類】

- 領収書(原本) 受診者氏名記載の禁煙外来の保険診療に要した費用であることが確認出来るもの
- 禁煙外来治療終了証・卒煙証明(原本)

【補助対象外】

- 禁煙治療を保険外診療で受けた場合
- 治療を途中で中断した場合
- 禁煙補助剤(禁煙用パイプ・ニコチンパッチ・ニコチンガムなど)個人で購入した費用
- 卒煙終了日時点で当健康保険組合を資格喪失している方

静岡県中部機械工業健康保険組合 理事長 様

健保受付印

事業所名 _____