

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か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 _____