

平成29年度 禁煙外来治療補助金支給申請書 (被保険者・被扶養者)

※「禁煙治療エントリーシート」を先に提出してください。
補助金は、禁煙治療・卒煙達成後に請求できません。

被保険者証	記号・番号		被保険者氏名	
所属	会社名		治療者氏名	
日中連絡がとれる電話番号		勤務先:	自宅等:	
治療の種類	1. 禁煙外来治療 (保険診療で受けた治療が補助対象です 領収書が『保険診療』であることをご確認ください)			
受診医療機関名(病院名)				
禁煙外来治療の期間		自. 平成 年 月 日 至. 平成 年 月 日		
被保険者の自己負担治療費		円		
振込み先 (被保険者の口座)	銀行・信金	本・支店	口座 番号 (普)	フリガナ 口座名義
※ゆうちょ銀行不可				

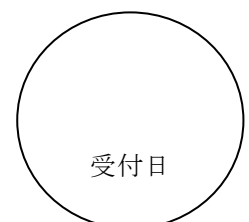
- 対象者:** 禁煙外来治療の保険診療適用条件を全て満たす、在職中の被保険者及びその被扶養者
 - 患者自らが禁煙を望む
 - ニコチン依存症診断用のスクリーニングテスト(TDS)の結果が5点以上(ニコチン依存症)
 - プリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上(35歳以上)

※35歳未満についてはホームページでご確認ください。

 - 禁煙外来治療について説明を受け、その禁煙外来治療を受けることを文書により同意された被保険者及びその被扶養者
- 補助金額:** 禁煙外来治療を受診し、期間中に医療機関から「禁煙外来治療終了証明」等が交付され、第三者による禁煙証明があった者に限り、禁煙外来治療自己負担金額に対して10,000円を上限として補助金を支給。
(禁煙外来治療自己負担額が10,000円未満の場合は、その額とする。)
- 補助回数:** 在職中に卒煙を達成した1回のみ
※禁煙治療は1年度中に1回しか保険診療はありません。
- 添付書類:** ① 宛名が明記されている「禁煙外来治療に要した費用」の領収書(コピーでも可)
② 医療機関が交付した「禁煙外来治療終了証明」
③ 第三者(家族・職場の同僚・上司)からの卒煙証明
- 支払日:** 毎月25日迄に受理した申請書については、翌月10日の支払い。

<イオン健康保険組合処理欄>

支給決定伺				補助金額	出納日印
常務理事	事務長	課長	係		
				円	



禁煙外来治療終了証

_____様が、禁煙外来治療にて3ヶ月間のプログラムを
終了されたことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

_____ 印

※医療機関名の入った印鑑または医療機関スタッフの印鑑を捺印のこと。

卒煙証明

禁煙開始日から、現在までの6ヶ月間

_____さんの禁煙が継続し、卒煙したことを証明します。

平成 年 月 日

支援者 _____ 印

※支援者の方に、署名・捺印をもらってください。