

支給決定伺	
令和 年 月 日	
常務理事	係

## 『禁煙治療』補助金申請書・通知書

※「禁煙治療エントリーシート」を先に提出して下さい。  
補助金は、禁煙治療終了後に請求できます。

被保険者証	記号		被保険者氏名	
	番号		社員番号	
治療の種類	1. 禁煙治療 <span style="float: right;">〔 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 〕</span>			
受診医療機関名（病院名）				
禁煙治療の期間		自. 令和 年 月 日 至. 令和 年 月 日		
被保険者の自己負担治療費				円
支払決定金額	※記入しないでください	振込先 (被保険者名義)	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店
			口座番号	

### ●対象者 および 補助金額

1. 対象者：禁煙外来の保険診療適用条件を満たす、在職中の被保険者

<参考>

- 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）
- ブリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上
- 禁煙治療について説明を受け、その禁煙治療を受けることを文書により同意された被保険者。

2. 補助金額：禁煙外来を受診し、禁煙治療終了された者に限り、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。

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。

※医療費控除の申請をされる方は健保からの補助額を差し引いた額を申告してください。

補填される金額に該当いたします。

3. 補助回数：在職中に禁煙治療を終了した1回のみ

4. 提出期限：禁煙治療終了日から2ヵ月間まで受付いたします。

●添付書類：①宛名が明記されている「禁煙治療に要した費用」の領収書のコピー（原本不可）

②禁煙治療結果報告書

●領収書について：「禁煙治療に要した費用」と分かる文言が明記されていること。

明記の無い場合は「禁煙治療代」と追記し、追記部に医療機関の押印があること。

●支払方法：健保から本人の口座へ直接振り込みます。（翌月までに支払い予定）