

提出先：各事業所→鈴与健康保険組合 行

健康保険組合			事業所	
常務理事	事務長	担当者	責任者	担当者

禁煙治療費 補助金申請書[事業所用]

事業所名		申請人数		担当者名	
		申請金額		電話番号	
事業主	補助金 支払先	銀行名		口座種別	当座 ・ 普通
		銀行	支店	口座番号	()
	口座名義 (カタカナ記入)				
鈴与健康保険組合 常務理事 殿 上記のとおり実施したことを証明するとともに、これに対する補助金の申請をします。 平成 年 月 日 事業所名 事業主又は代理					

印

【注意事項】

- 対象者：禁煙外来の保険適用条件を満たし、治療終了から3ヵ月以上経過(卒煙)した在職中の被保険者
 <保険適用条件>
 - 前回の治療の初診日から1年以上経過していること
 - 直ちに禁煙を始めたいと思っている
 - ニコチン依存症診断用のスクーリングテスト(TDS)の結果が5点以上
 - ブリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上
 (2016年4月より35歳未満にはこの要件がなくなりました)
 - 禁煙治療を受けることを文書で同意している
 - 健康保険等で禁煙治療が受けられる医療機関を受診すること
- 補助金額：禁煙外来を受診し、第三者による禁煙証明があった者に限り、外来治療自己負担金額に対して健保組合より補助金5,000円(上限)を支給。
- 補助回数：在職中に卒煙を達成した1回のみ
 (禁煙治療のエントリーは、禁煙が達成できるまで複数回可能です)
- 添付書類：この「申請書」と実施者からの「補助金請求書 兼 卒煙証明書」を併せてご提出下さい。
- 支払方法：各事業所経由で支払います。(毎月末日で受付を締め、翌月事業所へお支払い)
 ※補助金は、禁煙治療・禁煙達成後に請求できます。

※健康保険組合記入欄

補助人数	補助金額	振込予定日
人	円	/

※欄は、記入しないで下さい。

《受付印》