

常務理事	事務長	係

禁煙サポート事業申込書

私は、禁煙にチャレンジすることをここに宣言し、本事業に申し込みます。

令和 年 月 日

禁煙実施者氏名	(社員番号)
事業所 所属部署名 (被保険者のみ)	
被保険者氏名	

1. 禁煙申込コース(該当するコースにレをつけてください)

☐ 禁煙外来治療コース	☐ 禁煙補助剤コース
------------------------------------	-----------------------------------

2. 禁煙治療開始予定日

禁煙治療開始予定日	令和 年 月 日
-----------	----------

※医療機関受診日もしくは受診予定日・補助剤使用開始日もしくは開始予定日をご記入ください

禁煙サポーター記入欄

私は、上記の方が禁煙する意思のあることを確認しました。また、下記の時点で禁煙できていることの確認を行います。

- ①禁煙治療終了後、自力禁煙が1か月以上経過した時
- ②補助剤貼付後禁煙が3か月以上継続した時 (ただし左記期間に自力禁煙が 1か月以上含まれること)

令和 年 月 日

禁煙サポーター氏名	
禁煙宣言者との関係 (レをつけてください)	☐ 職場の人(上司 同僚 部下) ☐ 家族(成人のみ)

《注意事項》

※申込む際には、禁煙を支援・証明するサポーターを決めてください。サポーターは禁煙宣言者の禁煙状況がわかる方としてください。

※禁煙が成功したら禁煙サポート事業補助金申請ができます。

禁煙成功者とは、禁煙外来治療コースのは治療終了後自力禁煙が1か月以上継続している方

禁煙補助剤コースは補助剤貼付による禁煙を開始してから禁煙を3か月以上継続している方(ただし左記期間に自力禁煙が1か月以上含まれること)

※領収書は紛失しないよう大切に保管してください。レシートは不可のため受診者氏名(購入者名)

受診日(購入日) 治療明細(商品名) 医療機関名(薬局名)がわかる領収書をもらってください。

※補助額は禁煙外来治療費の1/2(上限10,000円) 禁煙補助剤購入費の1/2(上限 10,000円)です。

※補助金申請期限は本事業申込日より1年以内とします。

※補助は禁煙成功した方(自力禁煙1カ月以上を達成した方)が対象です。禁煙できなかった方への補助はありません。

※本事業への申込みは1年に1回とします。

※禁煙外来治療コースは過去1年以内に禁煙外来治療実績のある方は申込みできません

※本事業への申込み状況は 事業所と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。

《問合せ・郵送先》

カヤバ健康保険組合

〒509-0297 岐阜県可児市土田505

電話 0574-26-8732 内線7-25-2980・2981・2982・2983

FAX 0574-26-1569

受付日付印