

※健保組合記入欄

| | | | | | |
|-----|----|-----|---------|-----|--------|
| 事務長 | 課長 | 担当者 | 支給決定年月日 | コード | 支給決定金額 |
| | | | | 210 | |

禁煙治療費補助金申請書（禁煙チャレンジ）

令和 年 月 日提出

禁煙外来治療に12週間（3ヶ月間）通院し禁煙を達成しましたので、下記のとおり補助金を申請いたします。

| | | | | | |
|--------------------------|---|------------|------|--------|--|
| 事業所名 | | 被保険者証記号・番号 | | 被保険者氏名 | |
| | | — | | | |
| 診療を受けた 医療機関 | 名称 所在地 | | | | |
| 診療開始年月日 | 令和 年 月 日 | より | 診療回数 | 回 | |
| 診療終了年月日 | 令和 年 月 日 | まで | | | |
| 禁煙治療に要した費用 | 円（自己負担の総額を記入） | | | | |
| 禁煙見届け人 （禁煙応援者） 記入欄 | 上記申請者は、禁煙開始日から3ヶ月間の継続禁煙を達成したことを 確認しました。 令和 年 月 日 見届け人氏名 | | | | |
| 委任事項 | この補助金の受領を一括受領責任者（氏名） に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 | | | | |

※ 申請上の注意事項

- 補助対象者 事前に「禁煙チャレンジ」の申込を行っており、禁煙外来に12週間通院（5回受診終了）し、継続禁煙を達成された任意継続者を除く被保険者。
- 補助額及び 禁煙治療プログラム（原則12週間）に要した窓口での自己負担額の7割相当額を補助回数 補助します。
4月～翌年3月末の年度内に1人1回限りとします。
- 添付書類 ① 禁煙治療にかかった全ての**領収書（原本）と診療明細書（原本）**
レシートは不可のため、医療機関や薬局で必ず領収書をいただってください。
② 5回受診終了後、医療機関にて交付された「禁煙終了（修了）証」（写）
- その他 ① 禁煙治療プログラムを自己都合により途中でやめた場合、又は禁煙治療を全5回受診終了したが、禁煙達成できなかった場合は、補助対象外となります。
② 事前に「禁煙チャレンジ」申込時に設定した禁煙見届け人に、禁煙達成確認の記入してもらってください。