

禁煙外来費用補助制度について

小島健康保険組合では、タバコをやめたいと思っている皆さんが禁煙にチャレンジしやすいように、「禁煙外来費用補助制度」を実施しています。

○制度概要

禁煙外来を受診し、本用紙にて利用申込を行い、禁煙外来を終了後3ヶ月間の禁煙に成功し『卒煙』できた方に、禁煙外来で支払った費用の一部(上限1万円、年度内1回)を補助する制度です。

※ただし、全額自己負担(健康保険証が使えない)の治療となった場合、対象となりません。

○対象者

現在、喫煙中の被保険者(小島健康保険組合の保険証を持っている本人)

※卒煙時(治療開始から6ヶ月後)に小島健保の保険証を持っていない方は、補助の対象外になります。

○補助までの流れ

- ①病院(禁煙外来)を受診し「禁煙宣言」をし、禁煙治療開始
- ②「利用申込書」(この用紙)と「禁煙宣言書」(コピー)を小島健保へ提出
 ※提出すると後日、小島健保から「禁煙外来費用補助支給申請書」が届きます。
- ③禁煙治療を終了 ※初診から約12週間後(病院から禁煙外来終了証をもらう)
- ④禁煙外来終了後、引き続き3ヶ月間禁煙し、卒煙
- ⑤「禁煙外来費用補助支給申請書」に必要事項を記入し、添付書類を付けて健保へ申請
- ⑥健保から補助額を本人の口座へ振り込み



○禁煙外来費用補助制度利用申込書

被 保 険 者 (本 人)	被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	会社名		
	卒煙チャレンジ 期間	禁煙 開始日	禁煙宣言書に記載の日付を記入してください 年 月 日		卒煙 予定日	禁煙外来治療開始より6ヶ月後としてください 年 月 日
小島健康保険組合 理事長殿 私は、禁煙外来治療を終了後、引き続き3ヶ月間禁煙を継続し、『卒煙』にチャレンジすることをここに宣言し、「禁煙外来費用補助制度」の利用を申し込みます。 年 月 日 〒 TEL () - 住所 _____ 氏名 _____						
支 援 者	禁煙宣言書に記載の支援者の方にサインをもらってください。					
	私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。 年 月 日 支援者 _____ 間柄 _____					

《添付書類》

・「禁煙宣言書」等のコピー。(病院で発行されたもの)

※禁煙宣言書の発行がなかった場合は、裏面「禁煙宣言書」に必要事項を記載し、ご提出ください。

《お問い合わせ・送付先》

小島健康保険組合
電話:0565-32-8681

《個人情報の取り扱い》

本制度に関わる個人情報は、当組合の個人情報保護規程に従って管理し、健康管理業務以外の目的では使用いたしません。

※健保欄	承認	審査	審査	起案

《用紙の流れ》 本人 ⇒ (担当医) ⇒ 支援者 ⇒ 本人 ⇒ 小島健保

禁 煙 宣 言 書

私はニコチン依存症であることを認識し、
喫煙の害ならびに禁煙の効果を十分に
理解した上で、____月____日より、
※担当医と決めた禁煙開始日を記載してください。
禁煙することを宣言します。

____年____月____日
※初診日(禁煙外来を受診し、禁煙治療開始を決めた日)を記載してください。

患者氏名 _____

担 当 医 _____

※「担当医の署名」↑もしくは「医療機関の証明」↓のどちらかをもらってください。

医療機関の所在地

医療機関の名称

「ゴム印」または
「手書き+押印」

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

支援者 _____
※禁煙に向けて支援してくれる方にサインをいただいて下さい。