

組合 記入 欄	支給決定日：平成 年 月 日					
	支給決定額	円	常務理事	マネージャー	リーダー	担当者
算出基礎						

## 禁煙外来治療補助金支給申請書（被保険者）

事業所名称							
記号		被保険者氏名	⑩				
番号							
受診医療機関名(病院名)							
禁煙外来治療期間		初診日	年	月	日	診療回数	回
		終了日	年	月	日		
受診医療機関で支払った自己負担額合計						円	
添付書類について	<p>◆医療機関が交付した禁煙外来治療終了証明書</p> <p>◆初診日から終了日までで支払った<u>全ての領収書・明細書原本</u>（注） （提出の際は、申請書の裏面に貼り付けてください。）</p> <p>（注）領収書・明細書に次の内容が記載されていることが必須です。不足がある場合は医療機関へ申出て記載いただくよう依頼をしてください</p> <p>・医療機関名      ・被保険者(受診者)の氏名      ・受診年月日(領収日)      ・金額</p> <p>・受診内容:禁煙外来受診であることが分かること</p>						

### 申請時の注意事項

#### (1) 補助金支給要件

禁煙外来で保険診療適用の対象者となり治療して禁煙に成功した方。禁煙に成功した方とは、①又は②に該当する方を言います。

- ①治療期間（12週間）において全5回の受診により治療を完了した者
- ②全5回未満の受診において、医師等により治療が完了したと判断された者

#### (2) 補助金額

治療費に係る補助金として5,000円を支給。ただし、自己負担が5,000円未満の場合はその額。

#### (3) 補助金申請期間と提出方法

禁煙外来治療終了後、3カ月以内に所属事業所の事務担当者を経由して健康保険組合へ提出して下さい。

#### (4) 補助金の支給について

支給決定されましたら、後日所属事業所経由で支給決定通知書をお送りいたします。支払日については、各事業所へお問い合わせください。