

りそな健康保険組合 御中

## 禁煙サポート申請書

所属	
被保険者名	印
被保険者証 記号・番号	—
連絡先TEL	内線

下記のとおり禁煙外来治療に関するサポートを申請します。

記

禁煙者氏名		
申請するサポート ※ いずれかに○印を つけ、自己負担額を 記入してください。	禁煙外来治療(保険診療)に対する補助金申請(上限:10,000円)	自己負担額 円
	禁煙外来治療(自由診療)に対する補助金申請(上限:20,000円)	自己負担額 円
	禁煙補助薬購入に対する補助金申請(上限:5,000円)	自己負担額 円

## 【対象者】

申請時点でりそな健康保険組合に加入している20歳以上の被保険者・被扶養者の方で以下のいずれかの方

- 禁煙外来を利用して禁煙した方(自由診療の場合でも対象になります)
- 禁煙補助薬(医薬品に限る)を利用して禁煙しようとする方(特定健診の喫煙回答者)

## 【支給条件】

以下の条件をすべて満たすこと。

- 禁煙外来治療に関する病院もしくは禁煙補助薬に関する薬局が発行する領収書原本が本申請書に添付されていること。(領収書は返却いたしません。)
- 禁煙外来の場合は、医療機関が交付する「禁煙外来終了証明」(写)または当組合所定の「禁煙外来終了証明書」が本申請書に添付されていること。

## 【注意事項】

- 過去に本制度の補助金を受けた方は支給対象外です。
- 請求期限(受診日、購入日が属する年度の翌年度末)を経過した場合、補助金は支給しません。

健康保険組合使用欄

常務理事	検印	担当者

支給決定日	
支給決定額	円

りそな健康保険組合 御中

## 禁煙外来終了証明書

\_\_\_\_\_様が、禁煙外来にて3ヵ月のプログラムを  
終了されたことを証明いたします。

年 月 日

医療機関

印

※ 医療機関名を明確に表示し、当該医療機関の印鑑を  
押印頂くようお願いいたします。