

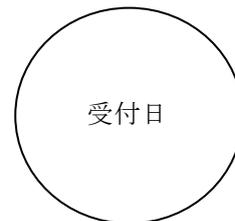
禁煙外来治療 補助金支給申請書 (被保険者・被扶養者)

※「禁煙治療エントリーシート」を先に提出して下さい。
補助金は、禁煙治療・卒煙達成後に請求できます。

被保険者証	記号・番号		被保険者氏名	
所属	会社名		治療者氏名	
日中連絡がとれる電話番号		勤務先: 自宅等:		
治療の種類	1. 禁煙外来治療 (保険診療で受けた治療が補助対象です 領収書が『保険診療』であることをご確認ください)			
受診医療機関名(病院名)				
禁煙外来治療の期間		自.(西暦) 年 月 日 至.(西暦) 年 月 日		
被保険者の自己負担治療費		円		
振込み先 (被保険者の口座) ※ゆうちょ銀行不可	銀行・信金	本・支店	口座 番号 (普)	フリガナ 口座名義 (被保険者)
<p>1. 対象者: 下記の禁煙外来治療の保険診療適用条件を全て満たす、被保険者・被扶養者(任継は除く) (禁煙外来治療開始時、終了時にイオン健康保険組合に加入している方)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 患者自らが禁煙を望む ■ ニコチン依存症診断用のスクーリングテスト(TDS)の結果が5点以上(ニコチン依存症) ■ ブリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上(35歳以上) <p>※35歳未満についてはホームページでご確認ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 禁煙外来治療について説明を受け、その禁煙外来治療を受けることを文書により同意された被保険者及びその被扶養者 <p>2. 補助金額: 禁煙外来治療を受診し、期間中に医療機関から「禁煙外来治療終了証明」等が交付され、第三者による禁煙証明があった者に限り、禁煙外来治療自己負担金額に対して 10,000 円を上限に実費分を補助します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ご注意 ● PC やスマートフォンを活用した遠隔禁煙外来は補助の対象外となります。 <p>3. 添付書類: ① 宛名が明記されている「禁煙外来治療に要した費用」であることが確認できる領収書(原本) ② 医療機関が交付した「禁煙外来治療終了証明」 ③ 第三者(家族・職場の同僚・上司)からの卒煙証明</p> <p>4. 支払日: 毎月 25 日迄に受理した申請書については、翌月 15 日の支払い。</p>				

<イオン健康保険組合処理欄>

支給決定伺				補助金額	出納日印
常務理事	事務長	課長	係		
				円	



禁煙外来治療終了証

_____様が、禁煙外来治療にて3ヶ月間のプログラムを
終了されたことを証明します。

(西暦) 年 月 日

医療機関名

_____ 印

※医療機関名の入った印鑑または医療機関スタッフの印鑑を捺印のこと。

卒煙証明

禁煙開始日から、現在までの6ヶ月間

_____さんの禁煙が継続し、卒煙したことを証明します。

(西暦) 年 月 日

支援者 _____

※支援者の方に、署名をもらってください。