**禁煙外来費用補助金申請書**

1. 禁煙外来終了後のみの申請

２．禁煙外来終了後、3ヶ月の禁煙継続達成後の申請　（１．２．いずれかに○）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険証の | 記号 |  | | 被保険者  氏名 | |  | | |
| 番号 |  | |
| 事業所の名称  及び所属 | 事業所 |  | | 連絡先  電話番号 | |  | | |
| 所属 |  | |
| 受診医療機関 |  | | | | | | | |
| 禁煙外来  受診期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 禁煙外来終了後の禁煙継続期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日（3ヶ月間） | | | | | | | |
| 自己負担額 | 円 | | | [健康保険組合記入]  支給額 | | | 円 | |
| 振込先金融機関 | 金融機関名 | | 支店名 | 種目 | 口座No. | | | 名義(ｶﾀｶﾅ) |
|  | |  | 普通  当座 |  | | |  |

【添付書類】医療機関・調剤薬局の領収（明細）書コピー

　　　　　 通院回数が5回に満たない場合は、主治医による禁煙治療終了を証明する書類

【申請期限】禁煙外来終了又は禁煙継続達成期間終了後2ヶ月以内

【支給時期】毎月10日締め、月末支払

【申請にあたっての注意事項】

①禁煙継続達成後の申請の場合は、次ページの禁煙継続達成証明も提出してください。

②添付書類不備の場合は、返却します。

【申請書提出先及び問い合わせ先】

カネカ健康保険組合[株式会社カネカ　大阪本社内]

〒530－8288大阪市北区中之島2丁目3番18号　℡06－6226－5034

【個人情報の取扱いについて】

ご提出いただきました「禁煙外来費用補助金申請書」は、補助金支給決定及び事業運営管理に使用いたします。

　申請者の同意がない場合には、他の目的には使用しません。

**禁煙外来費用補助金申請書**

**禁煙継続達成証明**

被保険者記入後、事業所看護職又は禁煙サポーター２名の証明を受けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 禁煙治療開始から  禁煙継続達成期間  （6ヶ月間） | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |

上記期間の禁煙継続を達成しました。

年　　　月　　　日

被保険者署名

上記期間における禁煙継続達成を確認しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 看護職確認欄 | 署名 |
| 禁煙サポーター確認欄 | 署名  ［被保険者との関係］家族　上司・同僚　その他 |
| 署名  ［被保険者との関係］家族　上司・同僚　その他 |