

(健保使用欄)

常務理事	事務局 局長	事務局 次長	課長	係長	係	資格 照合	起案	・	・
							決裁	・	・
決定額		¥ _____				摘要			

令和4年度 禁煙外来補助金支給申請書

診療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			日間
実施機関	所在地			
	名称	(TEL - -)		
費用(合計)	円(税込)	担当医氏名		

川口工業健康保険組合 理事長 殿
 上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。
 事業主を代理人として健康保険組合より支給される補助金の受取方の件を委任いたします。

令和 年 月 日
 保険証記号 - 番号 _____
 事業所名(勤務先名) _____
 被保険者氏名 _____
 対象者氏名 _____
 住 所 〒 - - (TEL - -)

●押印廃止に伴う確認欄 (確認後、確認欄に✓をご記入下さい。)
 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

診療回	診療年月日	自己負担額(領収書金額)	健保使用欄	添付資料(領収書は原本のみ)
第1回 (初回診療)	医科 令和 年 月 日	円		①禁煙外来の際の領収書全て ②「禁煙外来修了書」またはそれに準ずるもの(発行がない場合は下記の証明) ※領収証がない診療については補助の対象外です。(紛失含む) <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; text-align: center; padding-top: 50px;">受付印</div>
	調剤 令和 年 月 日	円		
第2回 (2週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
第3回 (4週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
第4回 (8週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
第5回 (12週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
予備	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		

(以下の欄は、医療機関から「禁煙外来修了書」またはそれに準ずるものが発行されている場合は不要です)

禁煙外来終了証明

患者名 _____ 様は禁煙外来にて3か月間のプログラムを無事終了し、禁煙に成功されたことを証明いたします。

令和 年 月 日

所在地
医療機関 名称
医師氏名

[]

[]

(100)

()

[]

()

()

[]

()

=====

[]

【参考】禁煙外来を受診するには

禁煙外来を受診するためには、以下の条件をすべて満たす必要があります。

条件にあてはまる方は、健康保険で禁煙外来を受診できる可能性が高いです。(最終的には医師が判断します。)

当てはまらない方は、自由診療になる可能性があります。その場合、健保からの補助はありません。

(受診することはできます。)

○禁煙治療で健康保険が適用となる場合○

下記の「禁煙治療を受けるための条件」5つを満たしていること。

条件(1) 今回が初めての禁煙外来受診である、または、前回の禁煙外来受診の初回診療日から1年以上経過している。

条件(2) 次の項目であてはまるものが5つ以上ある。

- ①自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがある。
- ②禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがある。
- ③禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなったことがある。
- ④禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかの症状があった。
 - ・イライラ ・眠気 ・神経質 ・胃のむかつき ・落ち着かない ・脈が遅い ・集中しにくい
 - ・手のふるえ ・ゆううつ ・食欲または体重増加 ・頭痛
- ⑤上記④の症状を消すために、またタバコを吸い始めることになったことがある。
- ⑥重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸ったことがある。
- ⑦タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがある。
- ⑧タバコのために自分に精神的問題※が起きているとわかっているのに、吸うことがある。
- ⑨自分はタバコに依存していると感じることがある。
- ⑩タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けたことが、何度かある。

※精神的問題

禁煙や本数を減らした時に出現する脱離症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状があらわれている場合をいいます。

条件(3) 【1日の平均喫煙本数】×【これまでの喫煙年数】 ≧ 200 である。

条件(4) 1カ月以内に禁煙を始めたいと思っている。

条件(5) 禁煙治療を受けることについて、医療機関等に文書で同意する。