|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **禁煙チャレンジ申込書（禁煙宣言）** | | | | | | | |
| （□該当項目にチェックを入れ、網掛け部分をご記入ください） | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | 記号 |  | | 番号 |  | 提出日 | 年　　　月　　　日 |
| 被保険者  氏名（自署） |  | | | | | 被保険者の  の連絡先 | 日中連絡可能な電話番号を記入してください  　(　　　　　)  □勤務先 ・ □携帯 ・ □自宅 |
| チャレンジャー  区分 | □　被保険者　　□被扶養者 | | | | | チャレンジャー氏名 | チャレンジャ―が被扶養者の場合のみ記入してください |
| 被保険者住所（任意）※注2 | 〒　　　　－    ※所属宛に送付希望であれば記入不要 | | | | | | |
| 禁煙チャレンジコース（□希望のコースにチェック）　※年度1回限り、いずれかのコースに対して補助可 | | | | | | | |
| **□ 禁煙外来コース** | | | | | | **□ 禁煙補助薬コース** | |
| 【概要】  禁煙外来を実施している医療機関（保険適用）に受診し、医師のアドバイスを受けて禁煙をする  (医療機関受診時の領収書については、注3参照)  【保険適用条件】  1.患者自らが禁煙を望んでいること  2.ニコチン依存症スクリーニングテストが5点以上  3.ブリンクマン指数（1日の喫煙本数×喫煙年数）が200以上　※受診者が35歳未満の場合、3の条件は不要  4.禁煙治療を受けることを文書で同意していること  【実施期間】12週間（通院5回までが保険適用）  【補助金額】実費（上限10,000円）※禁煙達成が条件 | | | | | | 【概要】  ご自身で市販の禁煙補助薬を購入し、禁煙をする  (補助薬購入時の領収書については、注2参照)  【支援者について】  　禁煙実施期間中の見守り役として、以下のように、支援者を1名決めます。支援者は、禁煙宣言と禁煙達成の際に署名をしていただきます。  　喫煙者が被保険者の場合⇒会社の同じ所属の社員  　喫煙者が被扶養者の場合⇒喫煙者の被保険者  【実施期間】6週間  【補助金額】実費（上限5,000円）※禁煙達成が条件 | |
|  | | | | | | | |
| **禁煙宣言書** | | | ◆禁煙外来コースをご希望の場合、**宣言日は提出日と同日を記入。**宣言日後1ヶ月以内に禁煙外来（初診）に受診してください。  ◆禁煙補助薬コースをご希望の場合、禁煙補助薬を使って**禁煙を開始する日を記入。** | | | | |
| **私は、　　　　　年　　　月　　　日より禁煙することをここに宣言します。** | | | | | | | |
| **チャレンジャー氏名(自署)** | | | | | | | |
| **支援者氏名(自署)** | | | | | | | |
| ※禁煙補助薬コースにチャレンジする場合にのみ支援者(自署)が必要です。 | | | | | | | |

【注意事項】

注1.禁煙達成時に当健保組合の被保険者・被扶養者の資格を有することが補助の条件となります。

注2.当健保組合にて禁煙チャレンジ申込書受付後、補助金申請に関する案内をお送りします。案内の自宅宛ての送付を希望する場合には「被保険者住所（任意）」欄にご記入ください。指定がない場合には、所属宛てに送付します。

注3**補助金申請には、領収書(原本※レシートは不可)が必要となります。領収書には必ずチャレンジャーの氏名（フルネーム）の記載、費用内訳として禁煙外来治療代、補助薬代等が確認できる明細が必要です。領収書は返還致しませんのでご注意ください。**

**【提出先】ジブラルタ健康保険組合**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保  使用欄 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 役職者 | 担当者 | 申込受付日 | 達成予定日 | 受付№ | □外来  □補助薬 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

様式-3　禁煙チャレンジ申込書(2024.4)