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	チャレンジャー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	〒　　－					

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