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）

① 被保険者 記号・番号	記号	123	番号	12345	② 提出日	20XX 年　4 月　　1 日
③ 被保険者 氏名（自署）	健保　太郎				④ 被保険者 の連絡先	日中連絡可能な電話番号を記入してください 080　(1111)　XXXX □勤務先　・　☑携帯　・　□自宅
⑤ チャレンジャー 区分	□　被保険者　　☑被扶養者				⑥ 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 健保　花子
⑦ 被保険者住所 （任意）※注 2	〒　123－XXXX 東京都豊島区東池袋 1-X-X ※所属宛に送付希望であれば記入不要					

⑧ 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】 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

⑨

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、 20XX 年　　4 月　1 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)　健保　花子

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

次のような場合に、この申込書をご使用ください
禁煙外来コースまたは禁煙補助薬コースのいずれかにおいて、当健保組合の費用補助制度を利用したい場合

【注意事項】
申込書の【注意事項】欄をお読みいただいた上で、太枠線内を正確に記入してください

【記入要領（記入例の番号と照合してください）】
①被保険者証記号・番号
お持ちの被保険者証をご確認の上記入してください
②提出日
当健保組合に提出する日を記入してください
③被保険者氏名（自署）
被保険者名を自署してください
禁煙に取り組む対象者が被扶養者の場合でも、被保険者名をご記入ください
④被保険者の連絡先
当健保組合から申込に関する照会をする場合があります
日中連絡可能な電話番号を記入してください
⑤チャレンジャー区分
禁煙する対象者の区分をチェックしてください
⑥チャレンジャー氏名
禁煙する対象者が被保険者の場合は未記入のままご提出ください
被扶養者の場合は対象の被扶養者の氏名を記入してください
⑦被保険者住所（任意）
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
定がない場合には、所属宛てに送付します
⑧禁煙チャレンジコース
禁煙外来コースまたは禁煙補助薬コースのいずれかにチェックしてください
※年度１回いずれかのコースに対して補助します
⑨禁煙宣言書
禁煙外来コースの場合・・・「宣言日（＝②提出日）「チャレンジャー氏名（自署）」を記入してください
禁煙補助薬コースの場合・・・「宣言日（＝②提出日）「チャレンジャー氏名（自署）」「支援者氏名（自署）を記入してください
「支援者」は禁煙実施期間中の見守りができる同じ所属の社員や被保険者、被扶養者をご指定ください
（禁煙達成時にも署名が必要です）

【送付先】
ジブラルタ健康保険組合