

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てください)				申込日	年	月	日
被保険者 記号・番号	記号		番号	会社名	☐ ジブラルタ生命 ☐ 関連会社()		
被保険者 氏名（自署）				所属名	()支社 ()営業所 本社()チーム		
チャレンジャー 区分	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者			チャレンジャー 性別／年齢	☐ 男・ ☐ 女／()歳		
チャレンジャー 氏名	(チャレンジャーが被保険者の場合は記入不要)			チャレンジャー の連絡先	() ☐ 勤務先・ ☐ 携帯・ ☐ 自宅 (日中連絡可能な電話番号を記入)		
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2参照） 【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】 市販の禁煙補助薬を購入し、それを使って自分で禁煙をする（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、下記の通り、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、 <u>宣言日は申込日と同日を記入</u> 。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 <u>禁煙を開始する日を記入</u> 。
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.禁煙チャレンジ申込受付後、禁煙達成時の補助金申請書類・ご案内をお送りします。補助金申請には、領収書（原本/レシート不可）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。詳細は、健保からのご案内またはホームページをご確認ください。

健保 使用欄	理事長	常務理事	課長	担当者	申込受付日	達成予定日	受付No.	☐ 外来 ☐ 補助薬