

禁煙治療費補助金申請書兼卒煙証明書

申請日 年 月 日

提出先：本人 → 各事業所労担（健保担当）経由 → 健康保険組合 行

健康保険被保険者	記号：	番号：
事業所名		
社員コード		
氏名		印

外来治療日	医療機関名	料金
1回目 / /		円
2回目 / /		円
3回目 / /		円
4回目 / /		円
5回目 / /		円
※すべての治療日の領収書を添付(コピー可)	自己負担合計	0円

禁煙完了証明

禁煙外来治療終了から、現在までの3ヶ月間 _____さんの禁煙が継続していることを証明いたします。

年 月 日

印

印

続柄（ ）

続柄（ ）

※禁煙完了証明は2名の署名が必要となります。

(職場の同僚・上司、家族等、日頃同一環境を共に過ごされている方であれば可)

【補助対象者】禁煙外来の保険診療適用条件を満たすとともに、禁煙外来治療終了から3ヵ月以上経過（卒煙）した在職中の被保険者（補助は1回限り）

【補助金額】自己負担額全額【時限措置2025.8末エントリー分迄】

【添付書類】医療機関が発行したすべての治療日の領収書を申請書に添付（コピー可）

【不支給について】5回の治療が完了する前に中止した場合、健保資格を喪失した場合
最終治療日から6ヶ月以内に申請書の提出がなかった場合
保険適用外の禁煙プログラムの場合

健康保険組合			事業所	
常務理事	担当者	担当者	責任者	担当者