

被 保 険 者 情 報	被保険者証 (左づめ)	記号 [][][][] - [][][][]	番号 [][][][][]	枝番 [][]	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 [][][][][] <input type="checkbox"/> 平成 [][][][][]	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	フリガナ					連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 [] ([]) [] <input type="checkbox"/> 携帯 [] ([]) []
	氏名					
	住所	〒 [][][][] - [][][][]		都道府県 [][]	市区町村 [][][][]	

1. 本人の宣言(禁煙をチャレンジする被保険者本人の自署で記入ください。)

私は、ニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙の効果を理解した上で、「卒煙」にチャレンジすることとし、以下により禁煙することを宣言します。

禁煙開始日	令和 年 月 日	卒煙予定日 (禁煙治療開始より6ヵ月後としてください。)	令和 年 月 日
受診医療機関名			担当医

2. 支援者の宣言(支援者となる方の自署で記入ください。)

私は、_____さんの禁煙が成功するよう支援することを約束します。

支援者氏名	本人との関係 ※担当医以外20歳以上	<input type="checkbox"/> 上司 <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ()
-------	-----------------------	---	-------------------------------------

- 治療薬の使用上の注意(うつ等の精神疾患患者への慎重投与、服薬中の自動車運転等の危険な機械操作をさせない等)があるため、治療にあたってはご自身の健康状態、投薬状況、生活状況(通勤・業務での車の使用など)を正確に医師に伝え、医師の指導に従うようにお願いいたします。
- 本紙(様式-禁煙1)は、禁煙開始日から1月以内に禁煙を挑戦しようとする被保険者が所属する事業所を通じてJADECUMけんぽに提出して下さい
- 禁煙達成後(禁煙開始日から6ヶ月経過後(充実コースにおいては、9ヶ月後))の補助金の申請に当たっては、次の書類を事業所を通じてJADECUMけんぽに提出してください。
 - 禁煙支援補助金支給申請書(様式-禁煙2)
 - 受診者名と禁煙治療費であることが明記された医療機関発行の領収書(原本)
- なるべく、標準治療コースについては9月、充実治療コースについては7月までにエントリーいただきますようご協力ください。
- エントリー状況は、当該被保険者が所属する事業所と共有させていただきますので、ご了解願います。

健康 保 険 組 合 使 用 欄	受付日	令和 年 月 日
	決定日	令和 年 月 日
	支払日	令和 年 月 日
	決定額	円

事業所受付印	組合受付印

JADECUMけんぽ 禁煙支援補助事業に関する同意書

禁煙支援事業補助金の支給に当たっては、次の要件を全て満たしていることが条件となります。

- (1) 禁煙開始日から禁煙達成日を通じてJADECUMけんぽの組合資格を有する被保険者(任意継続加入者を除く。以下同様)であること。
 ※退職等により治療途中で被保険者の資格を喪失した場合には、補助金は支給されません。
- (2) 禁煙開始時に本紙(様式-禁煙1)をJADECUMけんぽに提出していること。
 ※禁煙を達成しても、禁煙開始時に本紙(様式-禁煙1)の提出がないと補助金は支給されません。
- (3) 日本国内の医療機関において、保険診療、又は保険外診療による禁煙外来を受診すること。
 ※医師の処方によらない禁煙補助薬は、補助対象となりません。
- (4) 禁煙外来による禁煙治療を終了し、「禁煙開始日から6ヶ月(充実治療コースについては9ヶ月)経過した時点で、なお禁煙が継続していること」について、支援者が証明し、組合が禁煙を達成したと認定すること。
 ※禁煙の達成が認められない場合(失敗等)には、補助金の支給は一切ありません。

補助額は次に定める額を上限として、禁煙外来の受診において被保険者が負担した額とします。

禁煙外来種別	治療期間	禁煙外来の受診先	
		ア)公益社団法人地域医療振興協会が管理運営する医療機関	イ)左記以外の医療機関
標準治療コース 保険適用 保険適用外	12週間	20,000円	10,000円
充実治療コース 保険適用外	標準治療コースと通算して24週間	40,000円	

※補助額は消費税含む(内税方式)

禁煙支援を受けるに当たり不正の事実があったときは、費用の全額(補助金支給の際の手続き費用等一切を含む)が不正利用者の負担となります。

以上について、同意します。

令和 年 月 日

氏名: _____