

本件支給決定のうえ支払して よろしいか	常務理事	事務長	担当者	支給決定額

禁煙達成補助金申請書

※禁煙の達成が申請の条件となりますが、健康増進強調期間（5月1日～6月30日又は10月1日～11月30日）に禁煙に取り組んだ場合に限り、禁煙の成否にかかわらず申請ができます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険 被保険者等	記号 番号		氏 名		事業所の 名 称	
	(医療機関の禁煙外来を保険診療で受診した場合又はオンライン禁煙外来を受診した場合に記入)						
	受診医療機関名（病院名）						
	診察代・処方箋代・処方薬代のうち 自己負担した費用の合計				※領収書が複数枚ある場合は、すべての領収書の金額を合計してご記入ください ¥		
	(禁煙外来は受診しないで、禁煙補助薬を薬局等で購入して使用した場合に記入)						
	購入補助薬品名				ニコチンパッチ		
					ニコチンガム		
	購入費用の合計				※領収書が複数枚ある場合は、すべての領収書の金額を合計してご記入ください ¥		
	禁煙治療又は禁煙補助薬使用の開始日				年 月 日		
	禁煙治療又は禁煙補助薬使用の終了日				年 月 日		
	禁 煙 達 成 日 ※禁煙達成の定義は、禁煙治療又は禁煙補助薬の使用終了後、引き続き2か月禁煙を継続していることです。 ※健康増進強調期間に禁煙に取り組んだ場合は記入不要。				※ 例：禁煙治療の終了日が4月30日の場合は、6月30日が禁煙達成日 年 月 日		
	上記のとおり、禁煙を達成しました（又は健康増進強調期間に禁煙に取り組みました）ので、 補助金を請求いたします。 (※申請には領収書のコピーが必要です。必ず下記の注意事項をご一読ください)						
	ユニチカ健康保険組合 常務理事殿 年 月 日						
	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 住 所 被保険者 氏 名 電 話 ( ) -						
	確認欄(チェック☑をお願いします)				<input type="checkbox"/> この届出については、申請者本人（被保険者）が作成したものである		
受 領 方 法	1. 現金 2. 振込	振 込 先	金 融 機関名	(カナ) 銀行・労働金庫 本店 (漢字) 信用金庫 支店 信用組合・農協			
			預金の 種 類	1. 普通 2. 当座		口座番号	
			口 座 名義人	(カナ) (漢字)			
委 任 す る 時	上記請求金額の受領を 住 所 氏 名 年 月 日 被保険者氏名 に委任します。						

【注意事項】

■補助金の対象者は、禁煙治療又は禁煙補助薬の使用終了時点で当健保組合の被保険者資格があり、禁煙を達成した被保険者です。  
※ 健康増進強調期間に禁煙に取り組んだ場合は、禁煙の成否にかかわらず申請できます。

■申請期間は、禁煙達成後から3か月以内です。（例）4月30日に禁煙治療が終了した場合：申請期間は7月1日～9月30日  
※健康増進強調期間に禁煙に取り組んだ場合は、禁煙治療又は禁煙補助薬の使用終了後から3ヵ月以内です。

■領収書のコピーを添付してご提出ください。  
※申請できるのは年度に1回です。領収書が複数枚ある場合はすべての領収書の金額を合計し、1回で申請してください。  
※領収書は原本をご提出いただいた場合も返却はしませんのでご了承ください。  
※禁煙外来の領収書には、受診年月日、受診者氏名（フルネーム）、支払った自己負担額、医療機関名、領収印（医療機関印）、禁煙外来にかかる領収書である旨の記載が必要です。  
※禁煙補助薬の領収書には、購入年月日、購入者氏名、購入費用、購入したものが禁煙補助薬であることがわかる旨の記載が必要です。