令和 ○　年 △　月 ◇◇　日提出

三井物産健康保険組合 御中
（ア

ご自身の記号番号は①～③のいずれかでご確認ください。

①マイナポータル
②資格情報のお知らせ
③資格確認書（健康保険証）

「禁煙治療補給金」　利用申込書

二重枠内をすべて記入のうえ、ご捺印ください。

被保険者等	記号	3	1	1			被保険者氏名	健保　太郎
	番号	1	2	3	4	5		
事業所名（出向元会社名）※任継の方は「任意継続」と記入		○○○○株式会社						
電話番号 ※日中連絡可能な番号を記入							アドレスコード（持っている方のみ）	TK○○○
書類送付先（○をつけてください）		1.　勤務先　　(2.)　自宅住所　　3.　その他						
上記2.3.の場合の送付先住所		〒 ○○○ － ×××× 東京都千代田区○○1-2-3 TEL 03 － ○○○○ － ×××× （ご希望の書類送付先に○をつけてください。）						

禁煙治療を受ける方の氏名（フリガナ）	性別	生年月日						年齢	喫煙年数
ケンポ　タロウ 健保　太郎	(男) 女	(昭和) 平成	○	年	△	月	◇	日	45　歳	20　年

禁煙治療開始（予定）日	令和　○　年　△　月　◇◇　日
受診（予定）医療機関名	△△△△クリニック

＊　ここで知り得た個人情報は、当健康保険組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。

禁煙治療補給金の利用を希望される方はこちらの申込書をご提出ください。
後日、健保組合より**禁煙治療補給金申請に必要な書類**をお送り致します。

≪注意事項≫

＊禁煙治療補給金の対象者は次の要件を満たした組合員となります。

1. 禁煙治療開始～終了までの期間、当組合の組合員であること。
2. 健康保険適用となる禁煙治療を受診し、禁煙に成功した者※
3. 過去に同補給金を受領していないこと。

※禁煙に成功した者とは以下①または②の者をいう
① 治療期間（12週間）において全5回の受診により治療を完了した者
② 全5回未満の受診において、医師等により治療が完了したと判断された者

＊保険適用となる禁煙治療は一定の要件を満たした医療機関でのみ受けることができます。

医療機関の検索はこちら→「すぐ禁煙.jp」（http://www.sugu-kinen.jp/　ファイザー株式会社提供）

＊保険適用の禁煙外来治療は、以下すべての要件を満たした方が対象となります。

・たばこ依存症に係るスクリーニングテストでニコチン依存症と診断されること
・35歳以上の方は「一日の喫煙本数×喫煙年数」が200以上
・直ちに禁煙を始める意思があること
・禁煙治療を受けることに文書で同意していること

＊禁煙治療補給金を申請される方は、受診完了後2ヶ月以内に以下書類を健保組合宛にご提出ください。

・当組合からお送りする「禁煙治療補給金　申請書」
・禁煙治療に要した全ての領収証原本（5回分）。
ただし、5回未満の診療において医師等により治療が完了したと判断された場合は、治療完了の旨を証明する書類（医師等が作成した証明書類）が必要となります。

（R6.11）