

提出先:健康保険組合へ

常務理事	事務長	担当

### 禁煙サポート申請書

#### 注意事項

- 禁煙サポートの対象者は、被保険者(社員本人)で禁煙外来を利用して(健康保険を利用した場合でも利用しなかった場合でも)、または禁煙補助薬(医薬品に限る)を利用して禁煙した方
- 医師の治療終了1ヶ月を経過、それ以外は禁煙開始より4ヶ月を経過して、禁煙が続いている方
- 領収書は原本、明細付き領収書、利用者名及び禁煙治療薬剤の旨、または商品名(例:ニコチネルパッチ、シガノンパッチ、ニコチネルガム、ニコレットガム等)が記載されているものを添付

被 保 険 者	氏名	社員番号	被保険者の記号-番号	
	日本 太郎	0000	1	9999
	事業所・支社・支店	所属		
	神戸本社	人事本部		
	住所	〒123-4567 ○○県○○市○○区○○○2-5-7		
電話番号	090 - 1234- 5678			
禁煙を開始した日		令和 * 年 1 月 25 日		
治療・使用終了日		令和 * 年 3 月 30 日		
申請金額(上限 25,000 円)		25,000 円		
医療機関名		○○クリニック		
補助薬品名(または商品名)		チャンピックス		
振込先	健保給付金指定口座(給与口座)			

禁煙に成功しましたので、上記の通り申請します。氏名 日本 太郎 令和 \* 年 5 月 30 日

#### 日本イーライリリー健康保険組合

健保記入欄	支給額	円	支給日	令 年 月 日
	被保険者取得日	平・令 年 月 日	被保険者喪失日	令 年 月 日