

# 禁煙サポート事業 『卒煙』申告書

西日本パッケージ健康保険組合 理事長 様

私は、6か月間の禁煙活動により『卒煙』に成功したことを報告します。

令和 年 月 日

チャレンジャー			
事業所名		区分	被保険者・被扶養者
被保険者証 記号一番号	—	氏名	印
日中連絡が取れる 電話番号	会社： 自宅または携帯：		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳

チャレンジ内容	
コース (いずれか 1つを選択)	<input type="checkbox"/> 禁煙外来(通院、約3か月) + 自力で90日(3か月)禁煙 <input type="checkbox"/> スマホで禁煙(6か月) (ascure(アスキュア)卒煙プログラム 株式会社キュア・アップ)
チャレンジ 開始日	令和 年 月 日 (注) 「禁煙外来」コースは初診日、「スマホでの禁煙」は、初回面談日を記入してください。
禁煙外来治療	(注)「禁煙外来」コースのみ記入
期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (a)
医療機関名 (病院名)	
自己負担額	円
『卒煙』日	令和 年 月 日 (注) 「禁煙外来」コースは、禁煙外来治療終了後90日後の日((a)の日+90日)、 「スマホで禁煙」コースは、6か月目に「ニコチン検査(唾液検査)」を実施した日を記入
『卒煙』成功の 感想	

支援者	
上記のチャレンジャーが、6か月間の禁煙活動を経て『卒煙』に成功したことを証明します。 令和 年 月 日	
氏名	印
チャレンジャーとの関係	被保険者の場合：会社の上長・同僚・その他 ( ) 被扶養者の場合：被保険者 (被保険者以外は不可)
エンリー時と同じ支援者 異なる場合は、理由を余白に記入	
いずれかに○をつけてください	

裏面に続く

## 禁煙サポート事業 『卒煙』申告書(口座・添付書類等)

### 事業主確認欄

※チャレンジャーが被扶養者の場合は、記入は不要です。

被保険者が、禁煙活動により『卒煙』に成功したことを確認しました。

確認年月日 令和                      年                      月                      日

事業所名称

事業主名 印

### 「禁煙外来」コース 補助金振込口座

※「禁煙外来」コースのみ記入

※事業所で、禁煙イベントとして、被保険者への補助金を「禁煙成功の記念品」とする場合は、事業主名義への振込も可能

銀行                                              支店                      普通・当座・その他 (                      )

フリガナ  
名 義

口座番号 

--	--	--	--	--	--	--	--

### 添付書類

○「禁煙外来」コース  
領収書(治療分・調剤薬局分)の写し  
(全治療分を添付のこと)

○「スマホで禁煙」コース  
株式会社 キュア・アップから送付された  
「卒煙証明書」の写し

### 注意事項

- 1 「禁煙外来」コース
  - (1) 『卒煙』成功時の補助金は、禁煙外来自己負担額に対して、10,000円を上限とします。  
自己負担額が10,000円未満は、その額とします。
  - (2) 過去に、「禁煙外来コース」の補助金を受けていない場合のみ補助金を支給します。
  
- 2 「スマホで禁煙」コース
  - (1) この事業は、健康保険組合連合会が全額補助・支援を行う「組合運営サポート事業」の一環として「禁煙サポート事業」を実施しているため、自己負担はありません。  
よって、補助金申請はできません。
  - (2) 当年度で1回のみ登録です。もし『卒煙』できなかった場合、来年度(令和3年度)に再チャレンジしてください。
  
- 3 年度内で、「禁煙外来」コースと「スマホで禁煙」コースの同時に両方のエントリーはできません。  
『卒煙』(禁煙)が失敗した場合は、また来年度にチャレンジしてください。  
なお、禁煙外来で、過去に健康保険で禁煙治療を受けたことのある方の場合、前回の治療の初回診察日から1年経過しない場合は、自由診療(全額自費)となりますので、注意してください。

※健保組合 決裁欄

常務理事	事務長	課長	係長	保健師	担当

受付印