

禁煙サポートプログラム参加申込書

(申 込 日) 令和 年 月 日

山崎製パン健康保険組合 御中

※ 私は禁煙支援事業「禁煙サポートプログラム」に参加申し込みをします。

保 険 証 記号・番号	1	6									被保険者 所属事業所	
----------------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--

参加被保険者 氏名 (本人)	㊞				性別	男 ・ 女	年齢	歳		
参加回数	(該当に○印) ・ 初回 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目 ・ 5 回目以上									
参加被扶養者 氏名 (家族)	㊞				続柄		性別	男 ・ 女	年齢	歳
参加回数	(該当に○印) ・ 初回 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目 ・ 5 回目以上									

《支援者》

参加被保険者との関係	支 援 者 氏 名	㊞
参加被扶養者との関係	支 援 者 氏 名	㊞

《取組方法を選択》参加申し込みの被保険者、被扶養者別に選択

選択○印		種類	禁煙補助剤 の扱い	費 用 補 助
被保険者	被扶養者			
		オンライン 禁煙	オンライン にて処方さ れ、送付	オンラインでの診療、処方薬及び送料を、原則当組合が 全額負担。
		禁煙外来	健保適用と なる医療機 関にて処方	各自最寄りの健保適用の医療機関で、医師の指導を受け る禁煙治療プログラムを受診。健保に領収書を提出後、 治療費の自己負担分を全額補助。
		禁煙ガム	各自が薬局 で立替購入	各自薬局・薬店で立替購入。健保に領収書を提出後、 20,000 円を限度に補助。
		禁煙パッチ	各自が薬局 で立替購入	各自薬局・薬店で立替購入。健保に領収書を提出後、 20,000 円を限度に補助。

《状 況》

	参加被保険者	参加被扶養者
禁煙開始予定日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
喫煙年数	年 間	年 間
現在の一日喫煙本数	本 位	本 位

(禁煙外来者用)

禁煙サポートプログラム補助金申請書

(申請日) 令和 年 月 日

山崎製パン健康保険組合 御中

※ 私は「禁煙サポートプログラム」に申し込み「禁煙外来」を受診しましたので、領収書（原本）を添えて補助金を申請します。

保険証 記号・番号	1	6								被保険者 所属事業所					
参加被保険者	Ⓜ									性別	男・女	年齢	歳		
参加回数	(該当に○印) ・初回 ・2回目 ・3回目 ・4回目 ・5回目以上														
受診医療機関	(名称)									(所在地)					
受診期間 及び通院回数	(期間) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											(回数) 回			
参加被扶養者	Ⓜ									続柄		性別	男・女	年齢	歳
参加回数	(該当に○印) ・初回 ・2回目 ・3回目 ・4回目 ・5回目以上														
受診医療機関	(名称)									(所在地)					
受診期間 及び通院回数	(期間) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											(回数) 回			

《振込口座》参加の被保険者、被扶養者別に記入

	銀行名	支店名	口座番号	口座名義 (カタカナ)
被保険者			普通	
被扶養者			普通	

※領収書は貼付しないで下さい。

※領収書提出時の注意事項

- ①領収書は健康保険組合で用意した封筒(後日配付)に入れ、本申請書と一緒に提出して下さい。
- ②領収書は被保険者分と被扶養者分を分けて提出して下さい。
- ③領収書には必ず、・受診者氏名 ・受診内容は「禁煙外来」 ・受診年月日 ・金額(禁煙分明示) ・医療機関・薬局名または医師名及び印 をお願いします。
- ④禁煙外来の補助金は自己負担全額支給となります。

※本申請書の記載事項については「禁煙サポートプログラム」に関すること以外には使用致しません。

(禁煙ガム・パッチ購入者用)

禁煙サポートプログラム補助金申請書

(申請日) 令和 年 月 日

山崎製パン健康保険組合 御中

※ 私は「禁煙サポートプログラム」に申し込み、「禁煙ガム」「禁煙パッチ」を購入しましたので、領収書（原本）を添えて補助金を申請します。

保 険 証 記号・番号	1	6									被保険者 所属事業所					
参加被保険者 氏名（本人）	㊞										性別	男 ・ 女	年齢	歳		
参加回数	(該当に○印) ・ 初回 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目 ・ 5 回目以上															
参加被扶養者 氏名（家族）	㊞										続柄		性別	男 ・ 女	年齢	歳
参加回数	(該当に○印) ・ 初回 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目 ・ 5 回目以上															

《振込口座》参加の被保険者、被扶養者別に記入

	銀行名	支店名	口座番号	口座名義（カタカナ）
被保険者			普通	
被扶養者			普通	

※領収書は貼付しないで下さい。

※領収書提出時の注意事項

- ①領収書は健康保険組合で用意した封筒（後日配付）に入れ、本申請書と一緒に提出して下さい。
- ②領収書は被保険者分と被扶養者分を分けて提出して下さい。
- ③禁煙ガム・禁煙パッチの補助金は 20,000 円を限度に支給となります。

※本申請書の記載事項については「禁煙サポートプログラム」に関すること以外には使用致しません。

禁煙達成報告書

(報 告 日) 令和 年 月 日

山崎製パン健康保険組合 御中

※ 私はこの度、「禁煙サポートプログラム」に取り組み「禁煙」を達成しましたので、報告致します。

保 険 証 記 号 ・ 番 号	1	6									被保険者 所属事業所						
参加被保険者	㊟										性別	男 ・ 女		年齢	歳		
参加回数	(該当に○印) ・ 初回 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目 ・ 5 回目以上																
参加被扶養者	㊟										続柄		性別	男 ・ 女		年齢	歳
参加回数	(該当に○印) ・ 初回 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目 ・ 5 回目以上																

※ 支援者である私は、上記の被保険者 氏がこの度「禁煙サポートプログラム」に上記の被扶養者 氏
 グラム」に取り組み、「禁煙」を達成しましたので、ここに証明致します。

【支援者による証明】

参加被保険者との関係	支援者氏名	印
参加被扶養者との関係	支援者氏名	印

【禁煙取組方法(医療機関通院または禁煙補助剤の使用)】 下記のいずれかに○印

参加被保険者	オンライン禁煙	禁煙外来	禁煙ガム	禁煙パッチ
参加被扶養者	オンライン禁煙	禁煙外来	禁煙ガム	禁煙パッチ

《達成までの経過報告》 ※必ず記入してください（被保険者と被扶養者は区分してそれぞれ記入）

被保険者禁煙開始日 令和 年 月 日 被扶養者禁煙開始日 令和 年 月 日

[illegible]