

禁煙奨励金支給申込書

私は禁煙することを宣言し、本規程の適用(禁煙成功時奨励金3,000円相当支給)にエントリーします。

保 険 証 等	記 号		事 業 所 名		氏 名		生 年 月 日	昭和	年	月	日	年 齢	歳
	番 号			平成									
住 所		〒					電 話 番 号	()					
受 診 予 定	医 療 機 関 名				保 険 適 用	適用・適用外		初 診 予 定 日	年 月 日				
注 意 事 項		①禁煙治療開始～治療終了～奨励金支給まで、継続して当健康保険組合に加入していない場合は、支給対象となりません。 * 当健康保険組合加入非禁煙者に対する受動喫煙防止及び禁煙完了証明入手等踏まえ、本制度の適用から任意継続被保険者は除く。 ②奨励金支給対象は、日本国内の医療機関において健康保険を適用して禁煙治療を受診し、禁煙に成功した方とします。 ③禁煙奨励金支給申請書時、治療費・薬代の「領収書(原本)」と「診療明細書(原本)」をすべて提出する必要があります。 ④禁煙の成功は、職場の同僚若しくは上司(2名)から「禁煙完了証明」をもって当健保が認定します。 ⑤本規程の適用期限は、2028年3月31日までに健康保険組合が申請書・禁煙完了証明・領収書診療明細書を受付けたものとなります。											

* 本申込書の提出以降、治療を始めてください。