|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　 | 金　　　　額 |
|
| 円 |
|
| 備考 |

**≪申請から給付の流れ≫**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の被保険者 | **―→** | 事業所（勤務先）の健保担当部門〔ＦＦＢＸ・給事セ・総務・人事 等〕 | **―→** | 健保組合 | **―→** | 事業所へ振込 | **――→** | 本人の口座へ振 込 |

**【卒煙達成】補助金請求書**

**補助金請求権は、卒煙達成から二年で時効となります。**

太枠内のみご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※「エントリーシート」「禁煙宣言書」を先に提出して下さい。補助金は、六ヶ月間の卒煙達成後に請求できます。** | 被保険者等 | 記号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 番号 |  |
| 禁煙の種類〇をつけてください | (A)禁煙外来　・　(B)禁煙補助薬　・　(C)オンライン禁煙プログラム※保険診療で受けた治療が補助対象です。領収書が『保険診療』であることをご確認ください |  |
| 受 診 医 療 機 関 名※禁煙補助薬の場合：購入薬名称　オンライン禁煙の場合：「オンライン禁煙」と記入 |  |
| 禁 煙 活 動 の 期 間 | 自．　　 　　年 　　月 　　日至．　　 　　年 　　月 　　日 |
| 被保険者の自己負担額※オンライン禁煙の場合：参加費含む | 円 |
| 上記の通り申請し、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。**富士フイルムグループ健康保険組合常務理事殿** 年 月 日被保険者　住　所氏　名 |
| **●対象者 および 補助金額****１．対 象 者**：在職中の被保険者かつ、卒煙達成時(6か月後)在職中の被保険者。過去に禁煙費用補助を　　　受けておらず、保険診療適用条件を満たしていること。　　≪保険診療適用条件≫① 患者自らが禁煙を望む② ニコチン依存症診断用の[スクーリングテスト(ＴＤＳ)](http://nsmoking.blog42.fc2.com/blog-entry-36.html)の結果が５点以上（ニコチン依存症）③ 35歳以上の方は、[ブリンクマン指数](http://nsmoking.blog42.fc2.com/blog-entry-37.html)(１日の喫煙本数×喫煙年数)が２００以上 ④ 禁煙治療について説明を受け、その禁煙治療を受けることを文書により同意した被保険者**２．補助金額**：治療自己負担金額に対して(A)禁煙外来は50,000円、（B）禁煙補助薬と（C）オンライン禁煙は10,000円を上限として補助金を支給。**３．補助条件**：3回以上の医師の診察を受けること（(B)補助薬を除く）。また6ヶ月経過時点で禁煙が確認できたうえ、【(A)禁煙外来・(B)禁煙補助薬は 各事業所医療職、または卒煙者の上司】、　　　　　【(C)オンライン禁煙は、現時点では卒煙証明なし】 。**４．補助回数**：在職中に卒煙を達成した１回のみ（(A)(B)のエントリーは卒煙が達成できるまで複数回可能）**●添付書類**：　該当するものの必要書類を健保業務担当部門(FFBX・給事セ・総務・人事等)宛へ提出。(A)禁煙外来：[禁煙外来終了証明]・[卒煙証明]・禁煙外来に要した費用の領収書(B)禁煙補助薬：[卒煙証明]・薬局等で購入時の領収書(C)オンライン禁煙：なし**●支払方法**： 毎月15日締め、翌月25日支払いで各事業所口座へ支払い。 |