

提出先：

本人→富士フイルムグループ健康保険組合 行

申請者印

禁煙治療補助キャンペーン エントリーシート

私は、禁煙外来治療による『卒煙』にチャレンジすることを、ここに宣言し、キャンペーンにエントリーいたします。

社員番号	
氏 名	
被保険者証	記号： 番号：
会 社 名	
事業所名／所属部門名	
連絡先電話番号（会社）	

1. 禁煙開始日

禁煙開始日	年 月 日
卒煙予定日	年 月 日

※ 禁煙開始日は、医療機関発行の「禁煙宣言書」に記載の日付を記入してください。

※ 卒煙予定日は、禁煙治療開始より6ヶ月後としてください。

2. \_\_\_\_\_ さんの、卒煙達成を支援します。

支援者氏名	
-------	--

※ 支援者は、ご家族や職場上長・同僚など、医療機関発行の「禁煙宣言書」に記載された方に記入してもらってください。

★治療薬の使用上の注意（うつ等の精神疾患患者への慎重投与、服薬中の自動車運転等の危険な機械操作をさせない注意など）があるため、治療にあたってはご自身の健康状態、投薬状況、生活状況（通勤・業務での車の使用など）を正確に医師に伝え、医師の指導に従うようお願いいたします。

★キャンペーンのエントリー状況は、会社と共有させていただきますので、ご理解願います。  
共有を望まれない方は、その旨本シートに記入の上、提出してください。

## 禁煙宣言書

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙の効果を十分に理解した上で\_\_\_\_月\_\_\_\_日より、禁煙することを宣言します。

年 月 日

患者氏名: \_\_\_\_\_

担 当 医: \_\_\_\_\_

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

支援者: \_\_\_\_\_

## 禁煙外来終了証明

\_\_\_\_\_様が、禁煙外来にて3ヶ月間のプログラムを  
無事終了されたことを証明します。

平成        年        月        日

医療機関名

\_\_\_\_\_ 印

※医療機関名の入った印鑑または医療機関スタッフの印鑑を捺印のこと。

---

## 卒 煙 証 明

禁煙開始から、現在までの6ヶ月間

\_\_\_\_\_さんの禁煙が継続し、卒煙したことを証明します。

平成        年        月        日

支援者

\_\_\_\_\_ 印

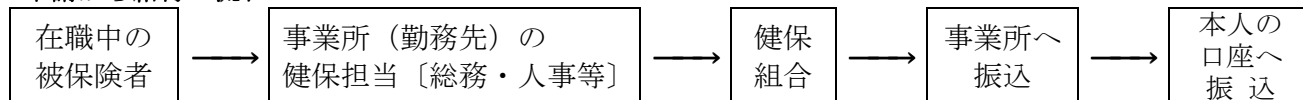
※支援者の方に、署名・捺印をもらってください。

事業所担当者 確認印

金 額
円
備考

支給決定伺		
平成 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

《申請から給付の流れ》



## 補助金請求書

※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。

被保険者証	記号	被保険者氏名	
	番号		
治療の種類	1. 禁煙外来治療		
受診医療機関名（病院名）			
禁煙治療の期間		自. 平成 年 月 日 至. 平成 年 月 日	
被保険者の自己負担治療費		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。 <b>富士フイルムグループ健康保険組合常務理事殿</b> <div style="text-align: right;">平成 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">被保険者 住 所</div> <div style="text-align: center;">氏 名</div> <div style="text-align: right;">印</div>			

### ●対象者 および 補助金額

- 対 象 者：禁煙外来の保険診療適用条件を満たす、在職中の強制被保険者  
 ＜参考＞
  - 患者自らが禁煙を望む
  - ニコチン依存症診断用のスクーリングテスト(TDS)の結果が5点以上（ニコチン依存症）
  - ブリンクマン指数（1日の喫煙本数×喫煙年数）が200以上
  - 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された被保険者。
- 補助金額：期間中に禁煙外来を受診し、医療機関から「禁煙外来終了証明」等が交付され、第三者による禁煙証明があった者に限り、外来治療自己負担金額に対して10,000円を上限として補助金を支給。外来治療自己負担額が10,000円未満の場合は、その額とする。  
 （H25年10月7日～H27年9月30日の間に1回）

### ●添付書類：① 宛名・検診の種類が明記されている領収書（コピーでも可）

- ② 医療機関が交付した「禁煙外来終了証明」
- ③ 第三者（家族・職場の同僚・上司）からの卒煙証明

### ●支払方法：各事業所経由で支払います。（毎月15日締め、翌月25日支払い）