

提出先：本人⇒健康管理委員⇒丸井健保

常務理事	事務長	担当

## 禁煙費用 サポート申請書

### ●対象となる方

- ・丸井健康保険組合の被保険者（本人）
  - ・禁煙チャレンジ申請書を事前に提出し、2ヶ月間禁煙にチャレンジした方（成功・失敗を問わず）
  - ・保険証を利用せず、全額個人負担で禁煙治療費を支払い禁煙にチャレンジした方  
（薬局で禁煙治療薬の購入（医薬品に限る）、丸井健保以外の病院で全額自費による禁煙外来を受診された方）
- ※丸井健保の禁煙外来を利用された方、丸井健保以外の病院の禁煙外来を受診し保険適用となった方は対象外です
- ◎いずれも個人負担3割を差し引いた、7割（上限2万円）を補助いたします

例：薬局で禁煙パッチ20,000円分を購入した場合

→20,000円－6,000円（個人負担3割分）＝14,000円（7割分）をサポートします

社員番号		氏名		保険証番号	
会社名			所属		
電話番号	会社		自宅		
申請金額（上限2万円）		あなたが支払った金額		個人負担分	サポート金額合計
		—		=	
				円	
2ヶ月間の禁煙チャレンジ （いずれかにマル）		成功 ・ 残念ながら失敗			
被 保 険 者 記 入 欄	禁煙外来→明細付き領収書（または禁煙外来受診と記入された領収書）				
	禁煙補助薬→購入した薬の名前が分かる領収書				
レシート・領収書の裏には必ず名前を書いて、しっかり添付してください					
添付欄が足りない場合は、裏面にも添付してください					
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>禁煙費用補助の条件として、アンケートの提出が条件となります （禁煙終了後、及び禁煙成功者は禁煙開始から6ヶ月後・1年後）</p> </div>					
禁煙チャレンジャー署名 （ご本人）		私は大切な人のために禁煙にチャレンジしました			
		サイン <span style="float: right;">(印)</span>			
健康管理委員署名 （不在の場合は所属長）		私は大切な人の禁煙を見守りました			
		サイン <span style="float: right;">(印)</span>			
禁煙サポーター署名 （ご家族または職場の方）		私は大切な人の禁煙を見守りました			
		サイン <span style="float: right;">(印)</span>			