

事業所健康管理担当者経由
塩野義健康保険組合 殿

健康管理担当者

【被保険者】禁煙補助申請書

この申請書は、治療が終了した後に、事業所健康管理担当者を通じて、健保組合へ提出下さい。

氏名		氏名No.		健康保険証 記号 - 番号	—
会社名		事業所		所属	

1. 禁煙補助の種類

- 外来禁煙（禁煙補助剤処方を含む）
 市販禁煙補助薬（ニコチンパッチ）購入

2. 禁煙治療の受診（服薬）期間

年 月 日 ~ 年 月 日（受診日数 日）

3. 禁煙治療費用請求額（領収書額）

①禁煙治療費支払額（合計）

円

健保組合が負担する禁煙補助額と上限額は次のとおり

- ・保険適用の禁煙外来（12週間の指導）
- ・禁煙補助薬（ニコチンパッチ：8週間分）→領収書には薬剤名の記載が必要です。

いずれの場合も、個人負担額の半額か 10,000 円のどちらか低額の方を補助

②支払先（医院、薬局等の名称）

個人宛ての領収書を入手し、下方に貼り付けて下さい。20日までに健保組合が受理した申請書については、原則翌月の給与に加算して支払います。（振込口座の指定はできません。）

健保組合処理欄			
健保組合補助額	円	受付日	

領収書貼付

裏面に貼付も可