

禁煙サポート費用補助請求書

禁煙開始以来、禁煙が 6 か月以上継続しており、「卒煙」いたしましたので、以下の通り、禁煙サポート費用補助に関し申請いたします。
なお、本申請書に基づく補助金の受領については、事業主へ委任いたします。

令和 年 月 日

被保険者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

健康保険 被保険者証	記号		会社名	
	番号		所属部署名	
禁煙サポート (どちらかに○を して下さい)		() 禁煙外来	被保険者の 自己負担額 (申請金額)	円
		() 禁煙補助薬		
禁煙開始日	令和 年 月 日	禁煙期間	6 か月以上	

領収書添付欄（糊付けをお願いします）

【領収書に関する留意事項】

1. 禁煙外来サポート

➔ 受診者、購入者氏名が記載された「禁煙治療に要した費用」であることがわかる
医療機関または薬局が発行した領収書を添付(コピー可)

2. 禁煙補助薬サポート

➔ 購入者氏名および商品名が明記されている薬局の禁煙補助薬領収書の原本を添
付(コピー不可、レシート不可)

※ 領収書の他、職場の上司・同僚、家族等本人以外の方が記名・捺印した『「卒煙」証明書』も
別途添付してください。

■ 留意事項

●対象者

- 申請年度の4月1日時点で被保険者であり、卒煙達成時および補助金支給時に在職中の被保険者。
(退職した場合は、補助金の補助対象外となります)
- 過去に、「禁煙サポート」による費用補助を受けていない。
- 禁煙外来の場合は、禁煙外来の保険診療適用条件を満たしている。

●補助金額

- 「禁煙外来」の場合は、禁煙外来を受診し、職場の上司・同僚、家族等本人以外の方による「卒煙」証明があった者に限り、外来治療自己負担金額（医師の処方に基づいて購入した禁煙補助薬を含む）に対して15,000円を上限として補助金を支給。外来治療自己負担額が15,000円未満の場合は、その額とする。
- 「禁煙補助薬」の場合は、医薬品の禁煙補助薬を使用し、職場の上司・同僚、家族等本人以外の方による「卒煙」証明があった者に限り、禁煙補助薬自己負担金額に対して15,000円を上限として補助金を支給。禁煙補助薬自己負担額が15,000円未満の場合は、その額とする。

●補助回数：

- 在職中に卒煙を達成した1回のみ

●添付書類

- 禁煙外来サポートの補助金申請の場合
 - ① 受診者・購入者氏名が記載され、「禁煙治療に要した費用」であることがわかる医療機関または薬局が発行した領収書(コピー可)
※ 領収証に「禁煙治療に要した費用」であることがわかる記載がない場合は、領収書と一緒に発行される診療報酬明細書等を添付ください。
 - ② 職場の上司・同僚、家族等本人以外の方が署名・捺印した「卒煙」証明書
- 禁煙外来補助金申請の場合
 - ① 購入者氏名および商品名が明記されている薬局の禁煙補助薬領収書原本(コピー不可、レシート不可)
 - ② 職場の上司・同僚、家族等本人以外の方が署名・捺印した「卒煙」証明書

●支払方法

- 毎月20日までに受領した申請書は、翌月の給与で補助金をお支払します。

●注意事項

- 請求書に必要事項の記載がなされていない場合は、返送いたします。
- 請求書に必要な添付書類がない場合は、返送いたします。
- 退職された場合は、補助金の支給対象外となります。
- 申請書の送付先は以下の通り。

社内便：「アクサ生命健康保険組合 禁煙サポート係」宛

郵便にて郵送：〒108-8020 東京都港区白金1-17-3 NBFプラチナタワー
アクサ生命健康保険組合 禁煙サポート係 宛

【健康保険組合使用欄】

支給日				支給決定金額
令和	年	月	日	円

支給決定伺		
常務理事	事務長	担当