

申込みはFAXか郵送でお願いします
FAX 03-5788-8728

日本酸素健康保険組合 行

禁煙チャレンジ(禁煙外来補助) 参加申込書

下記のとおり参加申込みを行います。

年 月 日

保険証記号 - 番号	フリガナ		事業所名
-	被保険者 氏名		
連絡先 電話番号	↓いずれかに○をつけてください。 (職場・自宅・携帯)		
メールアドレス			

禁煙治療対象者	フリガナ	生年月日(西暦)	年齢
1. 被保険者	対象者 氏名	年 月 日	
2. 被扶養者			

参加にあたってのご注意

【申込み期間】

4月1日～9月30日

【申込み方法】

- 当申込書に必要事項をご記入の上、FAXもしくは郵送にてお申込みください。
- 記載いただいた上記アドレスに受付完了のメールを送付させていただきますので、その後禁煙外来を受診し、治療を開始してください。

【参加できる方】

- 日本酸素健康保険組合に加入する被保険者、被扶養者で、禁煙を始めたい方

【補助金】

- (補助上限額) 20,000円
- 補助金申請には、別途「禁煙外来補助金申請書」の提出が必要ですが、申請時点で日本酸素健康保険組合に加入していることが条件となります。
- 参加申込みをした上で、禁煙外来(健康保険適用外も含む)を受診し、禁煙治療を終了した方のみ補助の対象となります。
- 個人で購入したニコチンパッチ、ニコチンガムなどは補助の対象となりません。

【禁煙外来について】

- 定期的に通院し、医師の指導を受けて禁煙治療をします(初診から12週で終了)。一定の要件をみたした場合、健康保険が適用されます。禁煙外来を行っている医療機関は、「日本禁煙学会」のサイトで検索できます。

<<下記は記入しないでください>>

受付日	受付番号
月 日	