

申請書の上面に領収書等(原本)をホチキスで留めてください

# 禁煙成功補助金請求書

記入見本

- 対象者 : セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合の被保険者・被扶養者の方
- 補助条件 : 禁煙開始日から6か月間の禁煙継続を達成  
補助金申請には、禁煙成功の証明として2名(医師、家族、同僚等)の方の署名・捺印が必要です
- 禁煙方法 : 「禁煙外来(保険診療・自由診療)」又は「禁煙補助薬(ニコチンパッチ・ニコチンガム等)」
- 補助内容 : 自己負担金のうち12,000円を超過した額を補助(但し、補助上限額は20,000円)  
※ 超過額が1,000円未満の場合は補助対象外  
例) 禁煙外来(保険診療)で20,000円の窓口支払いの場合、補助額は8,000円となります
- 手続き : 本申請書に必要事項を記入のうえ、卒煙完了から3ヶ月以内に健保組合へ提出して下さい  
<提出先/問合せ> セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合 保健事業担当 ☎ 03-6238-2864

保険証の氏名のすぐ上に記載されている記号・番号を記入してください。

## 被保険者欄

【提出日】 令和 2 年 11 月 5 日

禁煙チャレンジ者が6か月以上禁煙を継続しましたので、補助金を申請します。

保険証番号		氏名	自宅住所	
記号	番号	(フリガナ) ケンボ タロウ	〒 123 - 4567	
0	1	健保 太郎	東京都千代田区二番町8番地8	
2	3		セブンハイツ107	
4	5	法人名	店部コード	店部名
6		イトーヨーカ堂	219	木場店
		担当	電話番号(日中連絡がとれる番号)	
		鮮魚	1. 職場 2. 自宅 3. 携帯 080-1234-56XX	

被保険者が現在、実際に勤務している所属法人・コード・店部名を記入してください。

## 禁煙チャレンジ者

氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	被保険者との続柄	本人	性別	男・女	年齢	45 歳
	健保 太郎						

挑戦するコース(禁煙外来/禁煙補助薬)の左欄に○を記入してください。

## 禁煙方法と期間

禁煙コース ※該当するコースの左欄に○を記入			
禁煙外来		禁煙補助薬	
<input checked="" type="radio"/>	保険診療	<input type="radio"/>	自由診療
<input type="radio"/>	ニコチンパッチ、ニコチンガム など		
禁煙開始日		卒煙完了日(開始より6か月以降)	総支払額
令和 2 年 5 月 1 日		令和 2 年 11 月 1 日	20,000 円

禁煙開始日は、禁煙外来は初診日、禁煙補助薬は補助薬を使用した日を記入してください。卒煙完了日は、禁煙開始日より6か月後以降を記入してください。

総支払額は、病院又は薬局に支払った総額を記入してください(領収書の総額)。

## 卒煙証明者欄 : 2名

私は、禁煙チャレンジ者が6か月以上禁煙を継続し、卒煙したことを証

証明者は医師、家族、同僚のうち、2名の方の署名を頂いてください。申請者との関係は、□にシ点を入れてください。※医師に証明をうける際に

氏名	関係
健保 花子	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 同僚等

氏名	関係
瀬分 太郎	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 同僚等

## <健康保険組合使用欄>

常務理事	事務長	マネジャー	担当者

補助金額
円

受付印

2021.4作成

この欄には記入しないでください