# ≪禁煙チャレンジ申請書≫

1. 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
2. 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
3. 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）」
4. 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
5. 手続き　：本申請書に必要事項を記入のうえ、禁煙開始1週間前までに健保組合へ提出して下さい

＜提出先／問合先＞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

**被保険者欄**

【提出日】　令和　　年　　月　　日

| 被保険者等 | | 氏　名 | 生年月日 | 社員番号 |
|---|---|---|---|---|
| 記号 | 番号 | （フリガナ） | 昭和<br>平成　　年　　月　　日 | |

| 会社名 | 店部コード | 店部名 | 担　当 | 電話番号（日中連絡がとれる番号） |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 1. 職場<br>2. 自宅<br>3. 携帯 |

**禁煙チャレンジ者欄**　※ 必ず禁煙をチャレンジする方ご本人がご記入ください

私は、下記のコース・期間で禁煙に挑戦することを宣言し、エントリーします。

| 氏名 | （フリガナ） | 被保険者との続柄 | | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | 歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**コース・期間**

| | | | |
|---|---|---|---|
| コース（右欄に○を記入して下さい） | ○ 禁煙外来 | 禁煙外来では、医師が個人毎に喫煙歴をきちんと把握した上で、禁煙補助薬の処方、治療の経過を見守ってくれます。一般的に１２週間で計５回の診察を行います。 | ＜補助額＞<br>自己負担の内、12,000円を超過した分を補助します（但し、補助の上限は20,000円です） |
| | ○ 禁煙補助薬 | 市販の禁煙補助剤を使って、手軽に自分のペースで禁煙に取り組みます。ニコチンパッチ、ニコチンガムは一般医療用医薬品として薬局や薬店で販売されています。 | |
| 期　間 | 禁煙開始日 | 令和　　年　　月　　日 | |
| | 卒煙予定日 | 令和　　年　　月　　日　※ 卒煙予定日は禁煙開始日より６か月後以降 | |

禁煙外来をマイナ保険証を使って治療（保険診療）するためには「こちら」の条件が必要です。

**禁煙外来を保険診療で受診するための条件**

① ニコチン依存症の判定テスト（裏面参照）が5点以上であること
② 35歳以上の方は、1日の喫煙本数に喫煙年数を掛けた数が200以上であること
③ ただちに禁煙を始めたいと思っていること
④ 禁煙治療を受けることを文書で同意していること

＜健康保険組合使用欄＞

受付印

| 常務理事 | 事務長 | マネジャー | 担当者 |
|---|---|---|---|
| | | | |

2024. 12更新