

# チャレンジ禁煙 参加申込書

課長	係長	係員

保険証		申込者氏名	性別	区分
記号	番号			
		印	男女	被保険者 被扶養者
被保険者住所		〒 _____ TEL ( _____ ) _____ *日中、連絡がとれる電話番号		
補助金支給申請書送付先 <small>*指定なき時は事業所送付となります。</small>		事業所      ・      自宅		
利用店舗		薬局名 ( _____ ) 店名 ( _____ )		
禁煙開始日を宣言してください		令和      年      月      日		
電話禁煙支援		希望する      ・      希望しない  都合のよい時間帯      時 (平日 9~17 時の間で、都合のよい時間帯を記入してください)		
健保記入欄		承認番号		

※裏面の参加要領をご確認後、太枠内を記入してください。  
 ※記入の際は、黒または青色のボールペンを使用してください。  
 ※プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。  
 ご理解いただきますようお願い申し上げます。

問い合わせ先  
 愛鉄連健康保険組合 健康管理課  
 TEL : 052-461-6131

## 【チャレンジ！禁煙 参加要領】

1. 【補助対象者】 禁煙したい20歳以上の被保険者・被扶養者

※参加者には、当組合からステキな禁煙応援グッズを進呈。

2. 【組合補助額】 上限額：1,500円

3. 【申請期間】 4月1日～翌年3月15日(申請書必着)

※申請期間後の申請の場合、参加することはできません。また、年度内に1回限りとし、その他の禁煙お助け事業のコースと重複して利用できません。

4. 【参加手続き】

(1) 「チャレンジ！禁煙」に参加を希望する方は、当組合に申請書を郵送してください。

(2) 当組合から【チャレンジ！禁煙補助金支給申請書】(様式2)を送付します。

(3) 参加者は薬局で、補助対象期間内(4月1日～翌年3月15日)にOTC禁煙補助剤を購入してください。

【補助金支給申請書】には必ず薬剤師の押印(サイン)を受けてください。レシート(領収書)にはOTC禁煙補助剤の商品名が記載されていることが必要です。

(4) 【補助金支給申請書】に記入後、レシート(領収書)の原本を添付し、当組合まで送付してください。

(5) 申請にもとづき、当組合より指定口座(被保険者名義の口座に限る)に補助金を支給します。

(6) 禁煙開始日から約3ヵ月後に、禁煙状況等のアンケートを実施しますので必ずご回答ください。

※補助額については、1,500円を上限とします。

※購入したOTC禁煙補助剤のうち、ニコチンパッチまたはニコチンガムのみ補助対象となります。

5. 【電話禁煙支援の流れ】

電話禁煙支援業務委託先：(一社)半田市医師会健康管理センターの保健師または看護師

(1) 電話禁煙支援を希望された方には、禁煙開始日以降、委託先の保健師または看護師による電話による初回の禁煙支援を実施する。

(2) 初回の支援から1ヵ月後、2ヵ月後、3ヵ月後にそれぞれ電話による禁煙支援を実施する。

※禁煙に関するアンケートは、今後の当組合の統計資料等(禁煙お助け事業)に活用させていただきます。  
※プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。ご理解いただきますようお願い申し上げます。