（禁煙様式3）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課 長 | 係 長 | 係 員 |
|  |  |  |

**オンライン禁煙外来・**

**禁煙外来　参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険証 | 申込者氏名 | 性別 | 区　分 |
| 記号 | 番号 |
|  |  |  | 男女 | 被保険者被扶養者 |
| 住所 | 〒　　　　－TEL（　　　　　　　　）　　　　－　　　　　　　　 |
| 送付先\*指定なき時は事業所送付となります。 | 事業所　　　・　　　自宅 |
| 希望するコース | オンライン禁煙外来　　・　　禁煙外来（医療機関）※「オンライン禁煙外来」コースが定員に達している場合、「禁煙外来（医療機関）」コースに【変更する・　変更しない】 |
| 禁煙宣言日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 事業所記入欄※被扶養者が申請する場合は、被保険者が証明してください。 | 上記の者が禁煙宣言したことを証明します。事業所担当者氏名　（被保険者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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

（個人→健保）R3.4

【オンライン禁煙外来・禁煙外来　利用要領】

オンライン禁煙外来コース

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】 全額組合補助

３.【申 請 期 間】 春：4月1日～9月30日 　（先着25名）

秋：10月1日～翌年1月31日　（先着25名）

４.【参加手続き】

(１) 「オンライン禁煙外来」コースに参加を希望する方は、当組合に参加申込書を郵送してください。

(２) 委託先となる(株)リンケージの申し込みフォームからお申し込みください。

※当組合から届くパンフレットに申し込みフォームのリンク先（QRコード）を掲載しています。

(３) 参加者は、オンライン禁煙外来で禁煙に向けて取り組んでください。

５.【注意事項】

(１) 申請は年度内に1回限りとし、オンライン禁煙外来にかかるすべての費用を健保が負担します。

（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）

(２) スマートフォンなどのタブレット端末が必要です。端末・通信費用はご自身で負担をお願いします。

(３) 「オンライン禁煙外来」コースは、春と秋でそれぞれ先着２５名の定員となっています。

(４) 申請期間後の申請の場合、参加することはできません。

禁煙外来（医療機関）コース

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】 医療機関で支払った費用の半額（上限１０，０００円）

　　　　　　　　　 ※禁煙に3か月成功した場合に限る

３.【申 請 期 間】 ４月１日～12月25日（申請書必着）

※禁煙宣言日、医療機関の初診日が4月1日以降の方が対象です。

４.【参加手続き】

(１) 「禁煙外来（医療機関）」コースに参加を希望する方は、当組合に参加申込書を郵送してください。

(２) 当組合から【禁煙外来（医療機関）補助金支給申請書】（様式４）を送付します。

(３) 参加者は医療機関の禁煙外来で禁煙に向けて取り組んでください。

(４) ３か月間、禁煙に成功したら、【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。

５.【注意事項】

(１) 申請は年度内に1回限りとします。（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）

(２) 「禁煙外来（医療機関）」コースは、3か月間、禁煙に成功した場合にのみ、補助金をお支払

します。補助金申請書に禁煙成功に関する証明を事業所で受けてください。

※被扶養者の場合は、被保険者に証明を受けてください。

(３) 申請期間後の申請の場合、参加することはできません。