

オンライン禁煙外来・ 禁煙外来 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
住所		〒 ー		
TEL () ー				
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) _____ 印		
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

【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。