（禁煙様式１－１）

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

**禁煙お助け事業 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 |
| 被保険者住所 | 〒　　　　－TEL（　　　　　　　　）　　　　－　　　　　　　　　　＊日中、連絡がとれる電話番号 |
| 送付先\*指定なき時は事業所送付となります。 | 事業所　　　・　　　自宅 |
| 禁煙開始日を宣言してください | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 参加コース※希望されるコースをお選びください。 | ascureDr.卒煙　・　ascure卒煙　・　禁煙外来（医療機関）※「ascureDr.卒煙」は、医療用禁煙補助薬の供給不足のため、　現在、募集を停止しています。（再開未定） |
| 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 |  |

【喫煙に関する質問票】

1.現在の喫煙本数・喫煙年数を教えてください。　（　　　　　　）本/日　　（　　　　　　）年

2.煙草の種類を教えてください。　（　紙巻たばこ　・　加熱式たばこ　・　電子たばこ　）

3.朝、目が覚めてからどのくらいの時間で最初のたばこを吸いますか？

①　5分以内　②　6～30分　③　31～60分　④　61分以上

4.今回禁煙をしようと思ったきっかけは何ですか？　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

5.過去に禁煙にチャレンジしたことはありますか？

　①　はい　（回数　　 回 最長期間　　年／　　か月 きっかけ：　 　　　　　　方法：　 　　　　）

　②　無し

6.たばこをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を0%、「大い
 に自信がある」を100%として、0～100%の間であてはまる数字をお書きください。　　　　　　％

※裏面の参加要領をご確認いただき、表面の太枠内と喫煙に関する質問票へ記入してください。

※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。

（個人→健保）R6.4

【禁煙お助け事業　参加要領】

１．【参加コース紹介】



２．【補助対象者】　禁煙したい20歳以上の被保険者・被扶養者

３．【組合補助額】　「ascureDr.卒煙」「ascure卒煙」 ⇒ 全額組合補助

　　　　　　　　　 「禁煙外来（医療機関）」 ⇒ 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

４．【参加手続き】

　ascureDr.卒煙・ascure卒煙

　(１) 「ascureDr.卒煙」、「ascure卒煙」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)CureAppの申し込みフォームから2週間以内に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、スマートフォンやパソコンで禁煙に向けて取り組んでください。

　禁煙外来（医療機関）コース

　(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、領収書の原本を添付し、当組合に

　　　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】

●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）

●「ascureDr.卒煙」「ascure卒煙」をご利用いただくには、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。

●「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（被扶養者の場合は、被保険者）で受けてください。

● 申請期間後の申請の場合、参加することはできません。



問い合わせ先

愛鉄連健康保険組合　健康管理課

TEL：052-461-6131