

常務理事	事務長	担当者

花王健康保険組合 禁煙サポート申請書

- 【対象者】
- ・申請時点で花王健康保険組合に加入している被保険者の方（社員のみ）
 - ・禁煙外来を利用して禁煙した方（健康保険を利用した場合でも利用しなかった場合でも対象になります）
 - ・禁煙補助薬（医薬品に限る）を利用して禁煙した方
 - ・禁煙外来の初回受診日または、禁煙補助薬の初回購入日より6ヵ月を経過して、禁煙が続いている方

- 【併用はできません】
- ・禁煙外来利用の場合：3万円を上限に費用を補助いたします。
 - ・禁煙補助薬利用の場合：1万5千円を上限に費用を補助いたします。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①被保険者の氏名（自筆にて記入）		②氏名コード		③被保険者証の記号－番号		
	④事業場・支社支店			⑤所属		⑥勤務地	
	⑦電話番号	会社	-	-	自宅	-	-
	⑧禁煙を開始した日 <small>（禁煙外来受診初日または、禁煙補助薬購入初日）</small>				平成・令和	年	月
	⑨申請金額				円		
	⑩領収書添付欄 <禁煙外来> 明細付き領収書（または、禁煙外来受診と記入された領収書） <禁煙補助薬> 購入した薬の名前が分かる個人名宛で発行された領収書						

禁煙継続宣言 ※禁煙開始日から6ヵ月を経過していることが必要です。	私は禁煙に成功しました。 署名 _____
禁煙サポーター	私は禁煙を見守りました。 署名 _____

産業看護職確認欄	禁煙開始日から6ヵ月経過後の現在、禁煙していることを確認しました。 署名 _____
----------	-----------------------------------------------

健保記入	支給額	円	受付番号	被保険者取得日	年	月	日
			支給日	被保険者喪失日	年	月	日

【問合せ先】花王健康保険組合 茅場町
☎03-3660-7681 内線8-1-7681

健保受付印	健保処理印	健保確認印