提出先：事業所(会社)　　R8

禁煙支援事業補助金申請書

○ ㈱YUASA社員の場合（被保険者の記号が3001）
　所属が本社・関東支社・関東地区出向 ⇒ 本社人事部担当者へ
○ ㈱YUASA以外の社員の場合（被保険者の記号が3001以外）⇒所属する会社の管理部健保組合担当者へ

下記のとおり禁煙外来治療を終了しましたので補助金を申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者の記号−番号	被保険(受診)者氏名（自署の場合は㊞省略可）	事 業 所 名（会 社 名）
―	㊞	

〔受診内容〕

医 療 機 関 名	回数	禁 煙 外 来 受 診 日	領収証の金額（※）	健保確認欄
	1回目	年　月　日	円	
	2回目	年　月　日	円	
	3回目	年　月　日	円	
	4回目	年　月　日	円	
	5回目	年　月　日	円	
		自 己 負 担 合 計	円	

1. 補助対象者　日本国内の医療機関の禁煙外来において、健康保険適用での禁煙外来を受診し、所定の禁煙治療を終了した20歳以上の被保険者
2. 補助回数　在職中1回限り
3. 補助金額　自己負担分 上限 30，000円／人　30，000円未満の場合は実費分を支給
4. 添付書類　①医療機関が発行した5回分の領収証（原本）
　※他の治療と同時受診の場合は禁煙外来治療分のみの領収証
　②禁煙外来治療終了証明書（医療機関発行の証明書でも可）
5. 支給方法　事業所経由で支給（支払日等は事業所に確認ください）
6. 不支給について
　次のいずれかに該当する場合は補助金の支給対象となりませんのでご注意ください。
　・受診日（治療期間中）に組合員の資格を有していない場合
　・禁煙治療を途中で断念した場合
　・補助金の申請について不正・不当なものがあるとき
　・個人で購入した禁煙補助薬（ニコチンガム・ニコチンパッチなど）の費用

【個人情報について】
ユアサ健康保険組合は、あなたの個人情報を当健保の保健事業のみに使用し、それ以外の目的には使用しません。
個人情報についての詳細はホームページ等をご覧ください。（https://www.yuasakenpo.or.jp）

事業主証明欄

上記の者が、禁煙プログラム終了日より、3ヶ月以上禁煙が続いていることを証明します。

令和　　年　　月　　日

事 業 所 所 在 地

事 業 所 名 称

事 業 主 氏 名　　㊞

※健保組合使用欄		常務理事	事務長		担当者
支給決定額	円				

5−1−4