

治療開始前に別紙を必ずご確認ください

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

禁煙外来治療補助金支給申請書

注 - 1 : 補助の上限額は 5 , 0 0 0 円です。
注 - 2 : 治療を途中で中断された場合、補助金は支給いたしません。

健康保険 被保険者	記号		事業所名																						
	番号		部署名																						
受診者氏名											性別	男・女													
											年齢	歳													
受診した者が 被扶養者であるとき	被保険者氏名											被保険者 との続柄													
住所および連絡先	〒																								
	連絡先電話番号：																								
受診医療機関	名称																								
	所在地																								
治療期間	初回診察日 (第1回目)	令和 年 月 日																							
	最終診察日 (第5回目)	令和 年 月 日																							
治療費用の総額	円 全受診分の領収書【写】と領収(請求)明細書【写】を添付してください。																								
証 明	医療機関で発行された「終了証【写】」等を添付してください。 「終了証」等がない場合は下記へ「医師の証明」をお願いします。																								
	上記の者が禁煙治療を終了したことを証明します。 医師名 _____																								
振込先	銀行				支店				預金 種別	普通・当座															
	銀行コード				支店コード				口座 番号																
	口座名義(カタカナ)																								
	ゆうちょ銀行をご希望の方は以下へご記入ください																								
記号																番号									
口座名義(カタカナ)																									
被保険者名義 に限ります																									
健保 記入欄	受付 №	健保 受付日				補助金 支給決定額										円									

「禁煙外来治療補助」の概要および申請方法等について

禁煙治療外来（禁煙治療プログラム）を受診し最終まで治療を終了した方の、治療に要した自己負担額に対し、**5,000円を上限として補助金を支給**します。

（自己負担額が5,000円を下回る場合は当該金額を補助金として支給）

【対象者】

- 関西電力健康保険組合の20歳以上の被保険者および被扶養者

【支給要件】

- 以下の要件を満たす方
 - ・ 保険適用による禁煙外来治療を受診した方
（過去1年間以内に禁煙外来治療を受診していない方）
 - ・ 平成27年4月1日以降に禁煙外来治療（禁煙治療プログラム）を終了した方
治療を途中で中断した方には支給いたしません

【申請方法】

- 禁煙外来治療終了後、「禁煙外来治療補助金申請書」に、以下の書類を添付して関西電力健康保険組合へ提出

<添付書類>

- ・ 全受診分の「領収書【写】」と「領収（請求）明細書【写】」
処方箋薬局で薬を受け取った場合も同様

領収書に必要な記載事項

受診者氏名	受診内容：「禁煙外来」という但し書き
受診年月日	医療機関・薬局名および印
患者負担額（禁煙治療以外の診察・処方を受けた場合は、禁煙治療分を明示）	

- ・ 申請書に治療終了の証明として医療機関で発行された「終了証【写】」等
「終了証」等がない場合は、申請書に「医師の終了証明（記名）」を貰って下さい。

【補助金の支給】

- 毎月20日までに申請のあったものを、翌月に指定の口座へ振り込みます。
振込先は被保険者名義の口座のみになります。
申請内容に不備がある場合、支給月がずれる場合があります。

（申請先・お問合せ先）

〒530-6691

大阪市北区中之島6-2-27

中之島センタービル27階

関西電力健康保険組合 保健事業担当

電話06-6445-7367

< 参考 >

■ 禁煙治療プログラムとは

禁煙治療プログラムは、禁煙外来のある医療機関において、約3ヶ月間(12週間)に5回を目安として医師の診察のもとに行われるものです。

【治療内容の例】

(以下の内容は一例であり、医療機関やご本人の喫煙等の状況によって異なる場合があります。)

初回診察

禁煙カウンセリング、ニコチン摂取量の測定、禁煙開始日の決定と「禁煙誓約書」へのサイン、治療のための禁煙補助薬の処方などを受けます。

初回診察から2週目に再診し、喫煙状況の問診を受けます。

呼気中の一酸化炭素の測定を行い、禁煙補助薬の追加処方などを受けます。

初回診察から4週目の再診でも、呼気中の一酸化炭素測定とともに、離脱症状の確認や対処法などのカウンセリングや治療を受けます。

初回診察から8週目、と同様です。

初回診察から12週間目の再診が最終回、治療終了です。

■ 禁煙外来受診にかかる治療費用

禁煙外来受診にかかる治療費用には、初診料または再診料、ニコチン依存症管理料、禁煙補助薬代、院外処方料などが発生します。自己負担額(3割負担分)は、禁煙治療プログラム期間(約3か月、12週間)で、おおよそ10,000円から20,000円程度です。

■ 健康保険で禁煙外来を受診できる条件

健康保険で禁煙治療を受けるためには、以下の条件すべてに該当することが必要です。

過去に健康保険で禁煙治療を受けたことがある場合は、前回の治療の初回診察日から1年を経過していないと、健康保険での受診はできませんのでご注意ください。

- (1) 直ちに禁煙をしようと考えている
- (2) 禁煙治療を受けることに文書で同意している
- (3) 【35歳以上】1日の喫煙本数×喫煙年数が200以上である 35歳未満は不要
- (4) ニコチン依存症を診断するテストで5点以上である

▼ 以下の設問のうち、「はい」と答えた数が点数となります

自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまっていましたか。

禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。

禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが吸いたくてたまらなくなることがありましたか。

禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)

上の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。

重い病気にかかって、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。

タバコのために健康問題が起きていることがわかっているのに吸うことがありましたか。

タバコのために精神的問題が起きているとわかっているのに吸うことがありましたか。

自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。

タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。