

## 2021年度禁煙費用補助申請の手引き

### 対 象 者

- 申請時にヤマトグループ健康保険組合の被保険者であること

### 費 用 補 助 対 象

- 医療機関での禁煙外来受診自己負担費用
- 禁煙補助剤(ニコチンパッチ・ニコチンガム)購入費用

#### ※注意事項

- ・外来受診・購入日に健保被保険者有資格者であったもの
- ・禁煙補助剤(ニコチンパッチ・ニコチンガム)は日本国内で販売されている医薬品のみが対象です。  
(電子タバコ・禁煙パイポ等は補助対象外)
- ・禁煙外来費用に、ほかの治療分が含まれていた場合には、禁煙外来部分のみが補助対象となります。  
保険診療によるニコチン依存症治療が対象です。
- ・最終受診日または最終購入日より、90日以内に申請書を提出してください。受診・購入の期間は最大で6カ月です。

### 費 用 補 助 上 限 及 び 概 要

- 自己負担額に対し¥20,000を上限(100円単位切り捨て)とします。
- 申請書提出後、およそ3か月後を目安にkencomのクロネコ健康ポイントを付与します。(1円＝1pt)  
※1 kencomに登録しないとポイントが付与されません。  
※2 退職されますとkencomの利用、ポイントの付与・利用は不可となりますのでご注意ください。



ご登録は  
こちらから

### 申 請 時 の 注 意 事 項

- 申請は年度に1回までです。
- ※禁煙外来と禁煙補助剤を両方使用した場合は、合算して1回までです。

### 提 出 書 類

- 2021年度禁煙費用補助申請書
- 領収書原本を申請書左上にホチキス留めしてください。
- ※1 領収書は、品名・購入日・購入者名・薬局名等の明記と押印がされていれば、レシートタイプも可です。
- ※2 提出していただいた領収書は返却できませんのでご注意ください。

### 記 入 上 の 注 意

- 太枠内をすべて記入してください。
- 申請前に不備がないかチェックしてください。

### 提 出 先

- ヤマトグループ健康保険組合 ヘルスクエア推進担当グループ宛て
- 社内便で送付の場合  
⇒ 社内便コード: 32-99-99
- 郵便で送付する場合  
⇒ 〒144-0042 東京都大田区羽田旭町11番1 羽田クロノゲート 事務棟3階

### お 問 合 せ 先

- ヤマトグループ健康保険組合 ヘルスクエア推進担当グループ 03-6327-1048

## 2021年度禁煙費用補助申請書

※太枠内①～⑨を全てご記入ください。

|                 |                                        |            |  |         |    |   |   |   |
|-----------------|----------------------------------------|------------|--|---------|----|---|---|---|
| ①保険証記号          |                                        | ②保険証<br>番号 |  | ③申請日    | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| ④被保険者<br>(社員)氏名 |                                        |            |  |         |    |   |   |   |
| ⑤所属事業所          |                                        |            |  | ⑥所属部署   |    |   |   |   |
| ⑦生年月日           | 昭和・平成          年          月          日 |            |  |         |    |   |   |   |
| ⑧連絡先<br>電話番号    | -          -                           |            |  | ⑨自己負担費用 | 円  |   |   |   |

⑩アンケート(当てはまるものを選択肢の中から1つ選び○で囲んでください)

|                                                              |                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑩-1<br>申請日現在の<br>喫煙状況                                        | 1)禁煙出来ている          2)喫煙しているが本数が減った          3)禁煙できなかった                                                                                                  |
| ⑩-2<br>禁煙費用補助制度<br>を何で知りましたか                                 | 1)ホームページ          2)けんぽだより          3)個別保健指導<br>4)周囲の人からの声かけ(誰:          )          5)その他(          )                                                   |
| ⑩-3<br>禁煙したいと思った<br>一番の理由は何で<br>すか                           | 1)将来の自身の健康を考え必要と感じた          2)自身の病気や体調不良で吸えなくなった<br>3)自身又は妻の妊娠や出産をきっかけにして          4)周囲の人に勧められた<br>5)喫煙する環境の変化があったから(法律の改正)          6)その他(          ) |
| ⑩-4<br>禁煙費用補助制度<br>の利用にあたり、<br>困ったことや感想な<br>どご自由にお書きく<br>ださい |                                                                                                                                                         |

### ⑪【提出前のチェック！】

- ☐ 記入もれはありませんか？
- ☐ 領収書の原本を添付しましたか？(受診・購入が数回に分かれる方は、まとめて申請してください。)
- ☐ 禁煙外来の領収書の場合、他の治療分が含まれていた場合には禁煙外来分のみが支給対象となります。
- ☐ 禁煙補助剤は日本国内で販売されている医薬品のみが補助対象となります。
- ☐ 健康増進Webサービス(kencom)の登録が出来ている。(補助の付与に必要です。)

### 【健康保険組合記入欄】

|       |              |        |    |
|-------|--------------|--------|----|
| 付 与 月 | 年          月 | 付与ポイント | Pt |
|-------|--------------|--------|----|