

提出期限：2024年 5月 17日 必着

申請日：2024年 月 日

提出先：豊田自動織機健康保険組合 蟹江宛



「禁煙キャンペーン」参加申込書

3か月間の禁煙達成で達成者とサポーターにQUOカードプレゼント

私、_____ は、2024年6月1日～8月31日までの
3か月間禁煙に挑戦し、完全禁煙することをここに宣言します！

【禁煙挑戦者記入欄】

保険証の記号	保険証の番号	氏名(被保険者)
事業所名(例:豊田自動織機)		T E L (日中の連絡先)・・・内線又は携帯
所属 工場 部 課・G		

【禁煙費用補助制度の利用】

いずれか1つをチェック 禁煙外来を利用 禁煙補助剤を利用 両方利用しない

※禁煙費用補助制度の利用詳細は裏面を参照ください。

『禁煙挑戦者の決意』



【サポーターの方が記入してください】 ※サポーターは、当健保の加入者で20歳以上の非喫煙者

禁煙挑戦者が禁煙に成功するよう温かく支援することを約束します。

(例：上司・同僚・家族 など)

禁煙挑戦者との 間柄 _____

サポーターの保険証 記号・番号 _____

サポーター 氏名 自署 _____

禁煙キャンペーンで『禁煙費用補助制度の利用』の方へ

豊田自動織機健康保険組合では、タバコをやめたいと思っているみなさんが禁煙にチャレンジしやすいように「禁煙費用補助制度」を実施しています。

実施内容

禁煙キャンペーン申込時に「禁煙費用補助制度の利用」にチェックされた方へ「①禁煙外来補助申請書」もしくは「②禁煙補助剤補助申請書」を健保よりお送りします。

項目		1.禁煙外来コース	2.禁煙補助剤コース
実施要領	概要	禁煙外来のある医療機関を受診（治療）しながら禁煙	市販の禁煙補助剤（ニコチンパッチ・ガム）を使って禁煙
	治療期間	12週間（約3か月） 5回通院	・ニコチンパッチは6～8週間の使用 ・ニコチンガムは3か月以内に中止
	内容	1.禁煙外来のある医療機関を受診 2.12週間の禁煙治療で禁煙チャレンジ 3.12週間の禁煙達成。 「①禁煙外来補助申請書」に記入後、健保へ提出 …医師の証明・印、領収書が必要	1.薬局にて"禁煙補助剤"購入 ニコチンパッチorニコチンガム 2.3か月間の禁煙達成 「②禁煙補助剤補助申請書」に記入後健保へ提出 …支援者サイン・領収書が必要
<参考> 禁煙成功率		70%	50%

補助金

達成後に「①禁煙外来補助申請書」もしくは「②禁煙補助剤補助申請書」を健保へ提出すると、健保より補助金が給付されます。

項目		1.禁煙外来コース	2.禁煙補助剤コース
費用	個人負担	医療機関での自己負担分3割 （12週間合計） 約 13,000円～20,000円	ニコチンパッチ・ガム 各 3,000円～6,000円程度
	補助金額	実費（上限 10,000円/人）	実費（上限 2,000円/人）

注意事項

※禁煙外来コース併用の方は、5月～6月初旬までに禁煙外来の初回診察を受けてください。
初回診察受診方法（予約など）については、禁煙外来のある医療機関へお問い合わせください。

【お問い合わせ】 豊田自動織機健康保険組合 保健事業G 蟹江
電話：0566-21-7784（内線：70-4614）