

禁煙外来補助エントリーシート

J A S T 健康保険組合 御中

被保険者等 記号・番号			被保険者 氏名				
住所	〒	-					
電話番号		-		※日中に繋がる番号をご記入ください。			
禁煙挑戦者 氏名			続柄				
禁煙開始予定日 (禁煙外来受診予定日)	令和	年	月	日			
			卒煙予定日 (禁煙外来終了予定日)	令和	年	月	日

禁煙宣言

私は、禁煙外来を受診し、禁煙に挑戦することをここに宣言し、エントリーいたします。

令和 年 月 日

氏名 (禁煙挑戦者)

対象者：20歳以上のJ A S T健康保険組合の被保険者・被扶養者（禁煙プログラム受診期間を通して）

補助金額：自由診療で禁煙外来を受診し、禁煙プログラムを完了した場合に上限10,000円まで支給

補助回数：加入期間を通して1人1回限り

申請期限：禁煙プログラム終了後1ヶ月以内

申請方法：禁煙プログラム終了後、以下の書類を健保へ提出

①禁煙外来補助金申請書 兼 同意書

②領収証原本（禁煙外来受診が確認できるもの）

※禁煙外来受診であることが記載されていない場合は、医療機関が発行した明細書等も併せて提出

③卒煙証明書（医療機関が発行したもの）

以下の場合には補助対象外となりますのでご注意ください

- ・保険診療で禁煙プログラムを受診したとき
- ・禁煙治療を途中で断念したとき
- ・禁煙プログラム開始から終了までの間にJ A S T健康保険組合の加入者でなくなったとき
- ・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）で卒煙したとき

(事務処理欄)

常務理事	事務長	担当者	担当者

受付印

◆提出先・照会先：J A S T健康保険組合

〒530-0005 大阪市北区中之島二丁目3番18号 中之島フェスティバルタワー28階

TEL：06-4560-1008 E-mail：info@jastkenpo.or.jp

J A S T健康保険組合 (2024.12)