

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	100	〇〇〇〇	被保険者 氏名	健保 太郎											
住所	〒 530	ー	0005	※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください 大阪府大阪市北区中之島〇ー〇ー〇 〇〇マンション〇号室											
電話番号	06	ー	〇〇〇〇	ー	〇〇〇〇	※日中に繋がる番号をご記入ください。									
禁煙挑戦者 氏名	健保 太郎			続柄	本人										
禁煙開始予定日 (禁煙外来受診予定日)	令和	4	年	7	月	1	日	卒煙予定日 (禁煙外来終了予定日)	令和	4	年	10	月	3	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 4 年 6 月 22 日

氏名

健保 太郎

(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)

受付印

健康保険組合記入欄

◆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)