スズキ健康保険組合
〔公印省略〕

禁煙サポート事業のご案内

平素は、当健保組合業務にご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
当健保組合では疾病予防事業の一環として、禁煙外来を受診し禁煙成功者に治療費の一部助成を下記の通り実施いたします。

記

1. 目　　的　喫煙に伴う喫煙者本人の癌等の疾病予防、並びに受動喫煙によるご家族等の疾病予防

2. 内　　容　禁煙外来自己負担額の半額を上限１万円まで助成します。
詳細は、「禁煙チャレンジャー大募集！」をご参照願います。

3. 対 象 者　禁煙にチャレンジする被保険者
尚、過去に禁煙チャレンジャーの助成を受けた方は対象外とします。

4. 申込条件　初回受診後３ヵ月以内に申込書を健保へ提出願います。

5. 申込方法　禁煙外来を受診された後、当健保組合ＨＰより**「禁煙チャレンジャー申込書」**をダウンロードし、当健保組合に提出します。申込書をご提出いただくと、当健保組合より「禁煙チャレンジャー詳細のご案内」「禁煙チャレンジャー助成申請書」をお送りいたします。
・ 社内ネットワーク内健保組合ＨＰ → 継続助成事業 → 禁煙サポート
・ スズキ健保組合ＨＰ（https://www.suzuki-kenpo.or.jp）→ 保健事業 → 保健事業一覧 → 禁煙サポート事業

6. 助成金支払　治療終了後、「禁煙チャレンジャー助成申請書」、医療機関発行の「領収書・医療費明細書」を提出し、内容を確認・審査後に振り込みます。

7. 注 意 点　禁煙外来は、本人の年齢、ニコチン依存度や喫煙年数により、保険証が使用できない場合があります。禁煙チャレンジャー大募集内の《受診費用および保険適応について》をご参照ください。

8. そ の 他　お申し込み・ご不明な点等は、当健保組合 保健師までご連絡願います。
E-mail：s-kenpo@jasmine.ocn.ne.jp
TEL：053-445-3850　SB携帯：080-4667-9175

以　上

通年実施!!

スズキ健康保険組合発行

禁煙チャレンジャー大募集!!

当健保組合では、自身での禁煙を何度も断念してきた方や、禁煙を検討中の方をサポートします。禁煙を決意し受診を開始した方は、下段の申込書に必要事項記入の上、当健保組合までご提出願います。申込書をご提出いただくと、当健保組合より「禁煙チャレンジャー詳細のご案内」「禁煙チャレンジャー助成申請書」をお送りいたします。

禁煙できて良かったの声多数！

≪助成条件≫

１．禁煙にチャレンジする被保険者
２．過去に禁煙チャレンジャーに応募し助成を受けていない方
３．禁煙外来を受診し、その後３ヵ月以内に申込書を提出
４．治療完了し禁煙成功後
　①「禁煙チャレンジャー助成申請書」②「**領収書の原本**」③「**診療や調剤明細書の原本**」を提出

禁煙外来自己負担額の半額を上限１万円まで助成（先着５０名）

＊ なお、定員に達し次第終了となりますのでご了承ください。

ニコチン依存は一種の病気です！禁煙外来で、無理なく、きちんと治すことが重要です！

≪受診費用および保険適応について≫

※自己負担額の目安は、治療費と薬代合わせて、貼り薬で 13,000 円程度です。受診の際は、以下ホームページを参考に保険適応の可否を確認の上、ご受診ください。

貼り薬(ニコチネル)　　：グラクソ・スミスクライン株式会社　https://e-kinen.jp

※ご不明な点は、当健保組合までお願いします。電話：053-445-3850　SB 携帯：080-4667-9175

スズキ健康保険組合　行

禁煙チャレンジャー申込書

申請者	事業所・所属		被保険者証 記号番号	－
	被保険者名		日中電話番号 E-mail アドレス	（　　）　－
受診状況等	喫　煙　歴	約　　年	喫煙本数／日	平均　　本／日
	受診開始日	年　　月　　日		
	医療機関名			

＜個人情報の取扱いについて＞
　記載いただいた内容は、助成金管理に使用させていただきます。