# 禁煙外来費用補助申請書送付時のご注意点

■年度内で1回に限り参加できます。（禁煙補助剤コースに参加した場合はできません。）

■禁煙外来費用補助申請書の健保受付時にJR健保の加入資格が必要です。

■必要書類を確認してください。

・領収書は、申請書と同時にダウンロードされる禁煙外来受診領収書貼付台紙に貼り付けて提出してください。

・領収書は、必ず原本を貼付してください。コピー等を貼付しても受理できません。

・領収書には、下記①～⑥の記載があることが必要です。
①受診者氏名（フルネーム、参加者と同じ必要があります）
②受診内容（禁煙外来など※）
③受診年月日（各回）
④金額（他の経費と合算される場合は内訳の分かるもの）
⑤医療機関名
⑥医療機関の印または医師の認印

※領収書に受診内容の記載がない場合は、領収書と一緒に発行される診療報酬明細書等を添付していただくと補助金支払までが円滑になります

・補助金支給の対象となった領収証は返却できません。

**補助金を申請できる領収書**
**○　2019年4月1日～2020年3月31日に受診を開始した診療の領収書**
※　2021年3月31日（必着）まで申請が可能です。
**○　2018年4月1日～2019年3月31日に受診を開始した診療の領収書**
※　2020年3月31日（必着）まで申請が可能です。

■申請書には、受診終了から2ヵ月後に禁煙していることを確認した第三者の署名が必要です。

■受診終了2ヵ月経過後すみやかに提出してください。

……

申込期限は、診療開始年度の翌年度末となります。

■いただいた個人情報は、プログラムの運営全般や申込者への連絡に使用させていただきます。

■当健康保険組合助成による本プログラムの申込者に関する申込情報と禁煙継続に関する情報は、健康教育や保健指導等、疾病予防に効果的につながる保健事業の実施のため、被保険者所属箇所の医療関係者（産業医・保健師等）または特定保健指導委託先に提供します。

1203

# 禁煙サポートプログラム
# 対面禁煙外来受診費用補助申請書

注1 太枠内に記入して下さい。枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、数字またはカタカナのみで、金額、回数については右詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

（1）保険証の記号

（2）保険証の番号

（3）参加者の氏名・フリガナ

フリガナ

（4）該当するものに✓印を入れてください

□ 被保険者（社員・任意継続）　□ 被扶養者（JR健保加入の家族）

（5）連絡先電話番号

事務局からお問合せを差し上げることがあります。
日中連絡のとれる番号をご記入ください。（携帯電話可）

（6）対面により禁煙外来を受診した期間

7：平成　9：令和　　年　月　日　から　7：平成　9：令和　　年　月　日　まで

（7）対面により禁煙外来を受診した回数

回　実際に対面により禁煙外来で指導を受けた回数を記入してください。

（8）今回添付する領収書の記載内容（受診年月日・金額）　※各金額欄は診察費と薬剤費の合計額を記入する。

添付する領収書が7回分以上にわたる場合は、申請書をコピーのうえ申請してください。

| | 年月日 | | 金額（万 千 百 十） | |
|---|---|---|---|---|
| 7：平成 9：令和 | 年 月 日 | 受診分 | 円 | （診察・薬剤計） |
| 7：平成 9：令和 | 年 月 日 | 受診分 | 円 | （診察・薬剤計） |
| 7：平成 9：令和 | 年 月 日 | 受診分 | 円 | （診察・薬剤計） |
| 7：平成 9：令和 | 年 月 日 | 受診分 | 円 | （診察・薬剤計） |
| 7：平成 9：令和 | 年 月 日 | 受診分 | 円 | （診察・薬剤計） |
| 7：平成 9：令和 | 年 月 日 | 受診分 | 円 | （診察・薬剤計） |

**※今回添付する領収書の合計金額**　　円（万 千 百 十）

（9）プログラム参加者の禁煙を確認する署名欄

私は、（3）に記載の参加者が受診終了から2か月後の現在、禁煙していることを確認しました。

年　月　日　（受診終了日から2か月以上経過していることが必要です。）

署　名　　㊞　（参加者との関係：　　）

【補助金の支給限度額】
５千円を上限とした実費（保険適用診療の場合）　※保険適用外診療の場合は２万円を上限とした実費

≪注意≫領収書には、別紙貼付台紙に記載の事項を含んでいることが必要です。必ず**領収書本通（コピー不可）**を添付のうえ申請してください。領収書に不備がある場合には、補助金が支給されないことがあります。

上記のとおり、申請いたします。　　年　月　日
ジェイアールグループ健康保険組合理事長　殿　　（受診終了日から2か月以上経過していることが必要です。）

＊ 被保険者等が自ら記入する場合は押印は省略可

氏　名　　㊞ ＊

# 禁煙サポートプログラム　禁煙外来受診領収書貼付台紙

保険証の記号

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

保険証の番号

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

参加者の氏名

| |
|---|
| |

本紙は、禁煙外来費用補助申請される方全員が提出してください

・領収書本通を点線枠内に貼り付けてください。
・補助金支給対象となった領収書は返却いたしかねます。あらかじめご了承ください。

枠内に貼付してください

**貼り付ける前に下記の必要事項を必ず確認してください。**

**□受診者氏名（フルネーム）が記入してありますか？**
**□受診内容（禁煙外来受診代、禁煙補助剤代などの記載）が明記されていますか？**
**□受診年月日（各回）が記入されていますか？**
**□各回の金額が明記されていますか？**
**（他の項目と一緒の場合は内訳がわかりますか？）**
**□医療機関名や医療機関の印などが明記されていますか？**

**※上記を満たしていない場合、補助金が支給されませんのでご注意ください。**

〈事務局使用欄〉

参加登録日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 年 | | 月 | | 日 |

参加登録ID

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

添付領収書合計金額

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 円 |

支給決定額

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 円 |