

健康保険組合		
承認	担当者	担当者

禁煙サポート「禁煙応援団」参加申込書

下の「参加にあたっての注意事項」を確認し、標記事業に参加を申し込みます。

申込者（氏名）： _____

●禁煙挑戦者（禁煙したい人） ※必ず禁煙挑戦者・応援団双方の同意を得てからお申し込みください

ふりがな		区 分 ※該当に○印	氏名コード
氏 名		被保険者・被扶養者	所属コード
生年月日	西暦 年 月 日	健康保険記号番号 ※マイナポータル等でご確認ください。	—

●応援団員（禁煙を応援する人） ※複数の場合、代表者に「禁煙手帳」等を送付します

ふりがな		区 分 ※該当に○印	禁煙挑戦者との関係 ※該当に○印
氏 名 (代表者)		被保険者・被扶養者	家族・同僚・その他
生年月日	西暦 年 月 日	健康保険記号番号	氏名コード
ふりがな		区 分 ※該当に○印	禁煙挑戦者との関係 ※該当に○印
氏 名		被保険者・被扶養者	家族・同僚・その他
生年月日	西暦 年 月 日	健康保険記号番号	氏名コード
ふりがな		区 分 ※該当に○印	禁煙挑戦者との関係 ※該当に○印
氏 名		被保険者・被扶養者	家族・同僚・その他
生年月日	西暦 年 月 日	健康保険記号番号	氏名コード

●禁煙開始予定日（禁煙外来は最初の通院予定日を記入） ●禁煙手段（予定）（○で囲む）

20 年 月 日	①禁煙外来 ②禁煙パッチ ③禁煙ガム ④自力
----------	------------------------

※持病をお持ちの方が①②③で禁煙に取り組まれる場合は、必ず事前に主治医にご相談下さい。
 ※禁煙チャレンジ期間（3か月）については、禁煙開始日を確認し健保組合で設定します。
 申込受付後にお届けする資料にて期間をご確認ください。

【宛先】村田製作所健康保険組合 保健事業担当

〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1

※ 社内便の場合：MMC本社 MK8400

【参加にあたっての注意事項】

- 健保組合からの補助金支給対象(禁煙外来受診費用・禁煙パッチ・ガムの購入費)については、挑戦者(村田製作所健康保険組合の加入者)自身が現に使用するものであること。
- 補助金の支給申請は、禁煙チャレンジ期間終了後、所定の期限までに行ってください。
- 期間終了時において禁煙が成功しなかった場合も、原則として補助金の支給申請は可能であるが、禁煙チャレンジ期間(3ヶ月間)中、禁煙に取り組んだことがほとんど認められない場合は、実費が生じた場合であっても、当事業の趣旨から、健保組合は補助金を支給しないことがあります。※健保組合は「禁煙達成報告書・補助金申請書」裏面の「禁煙記録表」で確認します。
- 補助金の支給申請時に添付する領収証は、原本で、氏名・医療機関や薬局の印、禁煙サポートに該当するとわかる但書(「禁煙外来」「禁煙治療薬代」など)が明記されたものであること。また禁煙治療以外の診療を同時に受診した場合は、記載内容が、禁煙治療分とそれ以外が分かれていること。
- 支給決定後の補助金支給先
 挑戦者が被保険者の場合 ⇒ 被保険者の月次給与にあわせて支給
 挑戦者が被扶養者の場合 ⇒ その被保険者の月次給与にあわせて支給
 任意継続者の場合 ⇒ 指定口座への振込み

※記入いただいた個人情報は「禁煙サポート事業」以外に利用することは一切ありません。

健保組合受付印