

令和 年 月 日				
常務理事	事務長	事務次長	課長	係

禁煙外来補助エントリーシート

記号・番号		事業所名		被保険者氏名	
—					
受診者 氏名				続柄	
禁煙外来 初診日	令和 年 月 日	医療 機関名			
禁煙 確認者				関係	家族・上司 同僚・その他

【禁煙外来補助の流れ】

- 対象者** 20歳以上の被保険者・被扶養者で、禁煙外来（保険診療）による治療の結果、禁煙に成功した者（終了時に被保険者・被扶養者の資格を有する者に限ります。）
※上記禁煙確認者の確認を必要とします。
- 補助額** 禁煙治療に係る窓口負担額の全額
 ※禁煙治療以外の医療費が含まれる場合は、その金額を控除します。
- 手続き**
 - ①**初診後**、このエントリーシートを事業所経由で健保組合へ提出してください。
 - ②12週間5回の**治療終了から1か月経過後**、上記禁煙確認者の確認を受け、「禁煙外来補助金請求書」に領収書の原本及び明細書を添付して、事業所経由で健保組合へ提出してください。
 ※領収書等は、全ての診療日の外来・調剤薬局分が必要です。
 ※診療報酬明細書（レセプト）の内容点検後となるため、補助金の支払は受診終了後2～3か月後になります。）