別紙1

至 三井住友トラストグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支給決定伺	
			支給金額	円
			過去1年以内の受診	有 ・ 無
			支給決定日	年 月 日
			資格喪失	年 月 日

禁煙外来治療補助金支給申請書

記号・番号		会社名	
被保険者氏名			
受診医療機関名(病院名)			
禁煙外来治療期間		自: 年 月 日	至: 年 月 日
被保険者の自己負担治療費		円	
上記のとおり申請し、補助金の受領を所属する事業主へ委任します。			
三井住友トラストグループ健康保険組合 御中		年 月 日	
被保険者 住所 〒			
氏名			
電話番号			

・補助金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

<禁煙外来治療を受けることができる要件>

- ・患者自らが禁煙を望む
- ・ニコチン依存症診断用のスクーリングテスト(TDS)の結果が5点以上(ニコチン依存症)
- ・ブリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上(35歳以上)
- ・禁煙外来治療について説明を受け、その禁煙外来治療を受けることを文書により同意された被保険者
- ・保険適用による禁煙外来治療を受診した方(過去1年間以内に禁煙外来治療を受診していない方)

<補助対象者>

1. 被保険者(禁煙達成時に被保険者の資格を有すること)
2. 保険診療で受けた治療(領収書が『保険診療』であることをご確認ください)
※治療を途中で中断した方には、支給いたしません。

<添付書類>

- ・宛名が明記されている「禁煙外来治療に要した費用」の領収書(コピーでも可)
「禁煙外来」という但し書きの記載のあるもの

受付日	支払日