

禁煙TRY届並びに補助金申請書

--	--	--	--	--

申請日	令和 年 月 日			
健康保険 被保険者証	記号		事業所名	
	番号		所属部署	
被保険者 氏名				
生年月日	昭和 平成 年 月 日			性別 男 女
禁煙にTRY したい理由、 意気込みなど記入してく ださい				

※上段について、申請者がご記入ください。

禁煙治療の経過

初回面談	実施日			コメント
	令和 年 月 日			
禁煙治療 及び支援日	①	初診	令和 年 月 日	
	②	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	
	③	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	
	④	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	
	⑤	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	
	⑥	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	
	⑦	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	
	⑧	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	
	⑨	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	
	⑩	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	
	⑪	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	
	⑫	診療・電話・メール・面談・中断	令和 年 月 日	

※禁煙治療の経過については、サポート室で治療の経過を確認したことを記入ください。

※禁煙治療終了日には「治療終了」、以後6ヶ月の経過期間終了日には「禁煙確認」とコメント欄に記載してください。

※禁煙治療を中断した場合は、コメント余白に氏名記入をする。

禁煙補助金申請書

氏名：

禁煙治療レポート

*このレポートは、禁煙に成功した事例として健保で実施する禁煙の啓蒙活動に利用させていただく場合があります。

私は、禁煙外来治療プログラムを終了し、禁煙に成功しましたので補助金を申請します。

令和 年 月 日

	診療年月日	自己負担額
第1回目	令和 年 月 日	円
第2回目	令和 年 月 日	円
第3回目	令和 年 月 日	円
第4回目	令和 年 月 日	円
第5回目	令和 年 月 日	円
申請金額（上限 20,000円）		円

添付書類		専門職
<input type="checkbox"/> レポート	禁煙への取組みや苦労、今後継続していくための見通し等を記入（用紙が不足する場合は別紙でも構いません）	
<input type="checkbox"/> 卒業証書（写）	医療機関より交付	
<input type="checkbox"/> 領収書・診療明細書（写）	①被保険者名義のもの ②禁煙外来治療分とわかるもの（通院した全て）	
支給決定額		円