

| | | | | | | |
|-----|------|-----|--|--|------|--|
| 決定伺 | 常務理事 | 事務長 | | | 同年月日 | |
| | | | | | | |

禁煙外来補助エントリーシート

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様

私は、禁煙外来治療による「卒煙」にチャレンジすることをここに宣言し、エントリーいたします。

令和 年 月 日

| | | | | | |
|---------|--|--------|--|----|--|
| 記号・番号 | | 被保険者氏名 | | | |
| 記号 | 番号 | | | | |
| 受診者氏名 | | | | 続柄 | |
| 禁煙外来初診日 | 令和 年 月 日 | 医療機関名 | | | |
| 激励人 | <p>上記の方は、禁煙する意思のあることを認めます。 禁煙が達成できるよう励まし、温かく支援することを約束します。</p> <p>激励人氏名（自署） _____ 関係： 家族 ・ 上司 ・ 同僚 ・ 他</p> | | | | |

【禁煙外来補助の流れ】

※補助対象者は、治療終了日の属する月の翌月末時点で、被保険者・被扶養者(任意継続被保険者含む)の資格を有する者

1 禁煙外来で初診を済ませてください

激励人を1名選任してください

禁煙外来補助エントリーシートを事業所の人事担当部署経由で(任意継続被保険者は直接)当組合に提出してください
 この手続きがないと補助が受けられません

補助対象は保険適用で禁煙治療を受ける場合です(自由診療は補助対象外です)

※保険適用条件

ニコチン依存症の判定テスト(TDS)が5点以上…裏面参照

35歳以上の者については、ブリンクマン指数(=1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上

ただちに禁煙を始めたいと思っている

禁煙治療を受けることを文書で同意している

前回治療の初回診察日から1年経過している

2 禁煙外来での治療

12週で5回の禁煙治療です

激励人や家族の支援を受けて、「卒煙」に向けてがんばってください

3 補助金の申請をする

禁煙治療終了1か月後、禁煙外来補助金支給申請書と添付書類を揃え、事業所の人事担当部署経由で当組合に提出してください。結果が禁煙成功・失敗の如何および治療の終了・中止にかかわらず補助します

4 補助金の支給

補助金支給申請書に基づき、事業所を経由し(任意継続被保険者は届出口座に)お支払いいたします

当組合で診療報酬明細書(レセプト)にて内容確認するため、補助金の支給は受診終了後2~3ヵ月後になります。

【注意事項】

- 補助金の申請には、禁煙外来を受診した時の領収書及び明細書(外来・調剤薬局分の全て)が必要になります
 なくさないように保管してください

《参考》ニコチン依存症のスクリーニングテスト

| 設 問 内 容 | | はい 1点 | いいえ 0点 |
|-----------|--|----------|-----------|
| 1 | 自分が吸うよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。 | | |
| 2 | 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。 | | |
| 3 | 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなる ことがありましたか。 | | |
| 4 | 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のどれかがありましたか。 イライラ・神経質・落ち着かない・集中しにくい・ゆううつ 頭痛・眠気・胃のむかつき・脈が遅い・手のふるえ・食欲または体重増加 | | |
| 5 | 4でうかがった症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。 | | |
| 6 | 重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことはありま したか。 | | |
| 7 | タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているにもかかわらず、吸うことがありま したか。 | | |
| 8 | タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているにもかかわらず、吸うことがありま したか。 | | |
| 9 | 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。 | | |
| 10 | タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。 | | |
| 合計 | | | |