

申込みはFAXか郵送でお願いします
FAX 03-5788-8728

大陽日酸健康保険組合 行

禁煙チャレンジ(禁煙外来補助) 参加申込書

下記のとおり参加申込みを行います。

年 月 日

保険証記号 - 番号	フリガナ		事業所名
-	被保険者 氏名		
連絡先 電話番号		-	↓いずれかに○をつけてください。 (職場・自宅・携帯)
メールアドレス			

禁煙治療対象者	フリガナ		生年月日(西暦)	年齢
1. 被保険者	対象者 氏名		年 月 日	
2. 被扶養者				

参加にあたってのご注意

【申込み期間】

4月1日～9月30日

【申込み方法】

- ・ 当申込書に必要事項をご記入の上、FAXもしくは郵送にてお申込みください。
- ・ 記載いただいた上記アドレスに受付完了のメールを送付させていただきますので、その後禁煙外来を受診し、治療を開始してください。

【参加できる方】

- ・ 大陽日酸健保に加入する被保険者、被扶養者で、禁煙を始めたい方

【補助金】

- ・ (補助上限額) 20,000円
- ・ 補助金申請には、別途「禁煙外来補助金申請書」の提出が必要ですが、申請時点で大陽日酸健保に加入していることが条件となります。
- ・ 参加申込みをした上で、禁煙外来(健康保険適用外も含む)を受診し、禁煙治療を終了した方のみ補助の対象となります。
- ・ 個人で購入したニコチンパッチ、ニコチンガムなどは補助の対象となりません。

【禁煙外来について】

- ・ 定期的に通院し、医師の指導を受けて禁煙治療をします(初診から12週で終了)。一定の要件をみたした場合、健康保険が適用されます。禁煙外来を行っている医療機関は、「日本禁煙学会」のサイトで検索できます。

<<下記は記入しないでください>>

受付日	受付番号
月 日	

大陽日酸健康保険組合
〒142-0062 東京都品川区小山1-3-26
TEL03-5788-8132