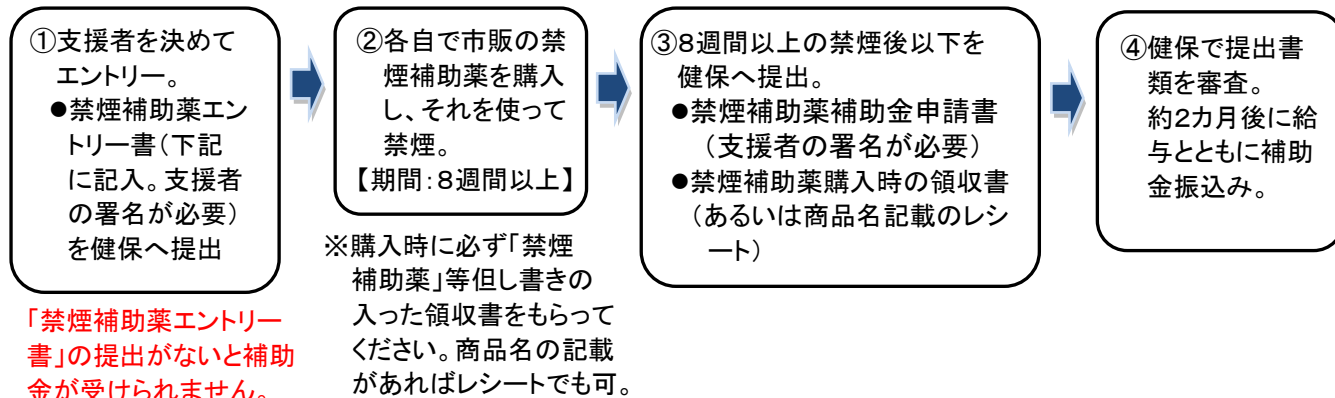


## 禁煙補助薬費用補助のご案内

健保組合では、がん・動脈硬化・高血圧・糖尿病などの罹患リスクを高める喫煙習慣から脱却しようとする方を支援するために「禁煙補助薬(禁煙ガム・禁煙パッチ)」の購入費用を補助します。比較的喫煙本数が少なく自力で禁煙したい方、ぜひチャレンジしてください。

1. 対象者 : 禁煙補助薬(禁煙ガム・禁煙パッチ)を使って、8週間以上の禁煙を達成した被保険者(社員本人)・被扶養配偶者(CKD健保組合加入の配偶者)の方  
(任意継続被保険者の方及びその被扶養者の方を除く)
2. 申請期間: 補助金申請の期限は設けていません。随時申請してください。
3. 補助金額: 禁煙ガム・禁煙パッチ購入実費(上限5,000円/1人)
4. エントリー～補助金支給の手順



### ■注意事項

#### ①支援者について

禁煙実施期間中の見守り役として、以下の通り支援者を1名決めてください。支援者には、エントリー時と禁煙達成・補助金申請時に署名をしていただきます。

- ・エントリー者(禁煙者)が被保険者(社員本人)の場合→会社の同部署の社員の方を支援者とする
- ・エントリー者(禁煙者)が被扶養配偶者の場合→配偶者である被保険者(社員本人)を支援者とする

②禁煙ガム・禁煙パッチ使用時は、商品に添付の注意事項をよく読み、用法等は記載に従ってください。

----- きりとり線 -----

### 禁煙補助薬エントリー書

提出先 : K 健保 鬼頭

本件について健保組合と会社(健康管理室)が情報共有をすることに同意した上で、禁煙補助薬エントリーを宣言します。

保険証 記号・番号		記号	番号	被保険者 (社員本人) 氏名	職番	年 月 日		
エントリー者が被保険者 (社員本人)の時		氏名			禁煙 開始日	年	月	日
エントリー者が被扶養配偶者 (CKD健保加入の配偶者)の時		氏名			禁煙 開始日	年	月	日
支援者 (※)	氏名 (自署)			職番		所属		

※支援者 : エントリー者が被保険者の場合 → 会社の同部署の社員の方 を支援者としてください。

エントリー者が被扶養配偶者の場合 → 配偶者である被保険者(社員本人)を支援者としてください。