

○ 禁煙外来治療に要した費用の領収書・明細書（共に写し）を必ず添付してください。

支 出 決 定			支 給 日	令和 年 月 日
常務理事	事務長	係		
			支 給 金 額	円

禁煙外来治療費助成金申請書

保険証記号番号	芸 ー	受診者名	
受診医療機関名	名 称 :		
	所在地 :		
調剤薬局名	名 称 :		
	所在地 :		
受 診 日	医療機関への支払額	調剤薬局への支払額	合計（助成対象金額）
1回目（ 月 日 ）	円	円	円
2回目（ 月 日 ）	円	円	
3回目（ 月 日 ）	円	円	
4回目（ 月 日 ）	円	円	
5回目（ 月 日 ）	円	円	

上記のとおり禁煙外来治療費助成金を申請します。

令和 年 月 日 千 円

住所.....

組合員
(事業主) 氏名.....^印

京都芸術家国民健康保険組合理事長 様

振 込 先	銀行（店番 ）
	信金 支店
	普・当・貯蓄 フリガナ.....
	口座番号..... 口座名義人.....

委任の欄	この欄は助成金の受領を申請者(組合員)以外の口座に振込む場合に記入してください。	助成金の受領を（ ）に委任します。
		令和 年 月 日 組合員氏名..... ^印

* 太枠内だけ記入してください。

申請期限：治療完了日の属する年度末(3月31日) 必着

禁煙外来治療費助成実施要項

対象者 : ・芸国に加入している **20歳以上**の被保険者のうち、健康保険適用となる禁煙外来治療を受けられた方。

・禁煙外来治療費助成金の交付を受けたことがない方。

申請期限 : **治療完了日の属する年度末（3月31日）必着**

※ **申請期限を過ぎた場合は助成できません。ご注意ください。**

助成額 : 禁煙外来治療に要した自己負担額分全額。

助成内容 : 助成を受けられるのは1人1回限り。

12週間の間に初回診療を含めて5回の診療を受けた方。

※主治医の判断により診察5回未満で禁煙治療を終了した場合は、主治医が発行する禁煙治療を終えたことがわかる書類(禁煙治療証明書など)を提出する場合に限って申請が可能です。

※禁煙外来治療の過程を完了していない方(既定の受診回数が満たない方等)や健康保険の適用を受けず自由診療で治療された方は対象となりません。

※医療機関から当組合に届く診療報酬請求明細書(レセプト)で禁煙治療終了を確認したのち助成します。(申請後、約2~4ヵ月後になります)

※健康保険適用となる禁煙外来治療かどうかは、医師の判断となります。また、禁煙外来治療に健康保険が適用できない医療機関もあります。詳細については事前に希望される医療機関へお問い合わせください。

※禁煙外来治療以外の治療費は助成対象外です。申請書の負担金額の欄には禁煙外来治療費のみの金額をご記入ください。

申請方法

○治療終了後、芸術家国保まで下記の書類を提出してください。

①禁煙外来治療費助成金申請書

②領収書・明細書等（共に写し）

※受診者名（フルネーム）と領収金額（治療に要した費用）が確認できるもの。

※申請者は必ず**組合員（事業主）**名でお願いします。

※助成金の**振込指定口座名義が申請者と異なる場合は委任の欄の記入、捺印が必要**です。

禁煙治療終了証明書

氏名 _____

生年月日 _____

住所 _____

上記のものは、 年 月 日より禁煙治療を
開始し、 年 月 日をもって、治療を終了し
たことを証明する。

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

⑩