

禁煙支援助成金事前申込書

組合員氏名		組合員等記号・番号	-	所属機関	
初診予定	令和 年 月			受診希望医療機関	
<p>上記のとおり申し込みます。</p> <p>山口県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 住所 請求者 氏名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p>					

【留意事項】

- 1 禁煙支援実施要領の事項を確認のうえお申込みください。
- 2 本助成金は、保険適用の禁煙外来が対象となります。
保険適用の条件を満たさない場合で、自由診療を選択されたときは全額自己負担となります。
- 3 本助成金は定員を設けていますので、必ず共済組合の承認を受けた後に禁煙外来を受診してください。

保険適用条件

- 1 ニコチン依存症に係るスクリーニングテストでニコチン依存症と診断された方（10点中5点以上）
- 2 35歳以上の方は、ブリンクマン指数が200以上であること
※ブリンクマン指数（1日の喫煙本数×喫煙年数）
- 3 過去12か月以内に保険診療にて禁煙外来を受けていない方
- 4 ただちに禁煙することを希望している方で「禁煙治療のための評価手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意された方



スクリーニングテスト

共済組合受付印

申込書のとおり承認してよろしいか。

	事務局長	事務局次長	課長	担当
共済組合 使用欄				