

# 禁煙支援事業について（ご案内）

先着30名

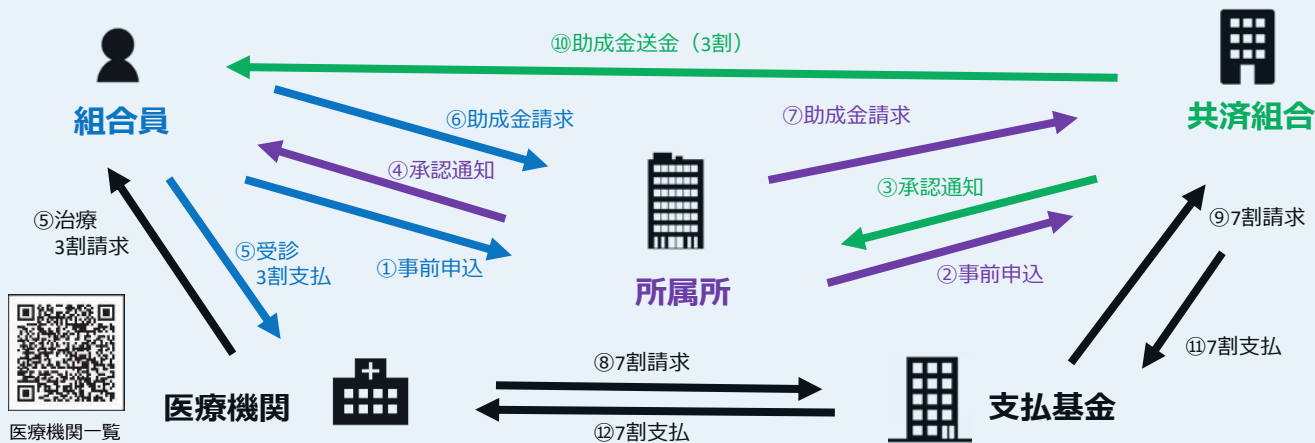
禁煙を希望する組合員の皆さんを支援するため、以下のとおり助成金を給付しますので、ぜひご利用ください。

- 1 対象者・・・組合員（任意継続組組合員を除く。）
- 2 対象治療・・・禁煙外来の保険適用に該当し、保険適用で実施されたニコチン依存症の治療
- 3 助成金額・・・自己負担した額

## 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、プリンクマン指数が200以上であること ※プリンクマン指数（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（医療機関での手続き）

<イメージ> ①禁煙支援助成金事前申込書、⑥禁煙支援助成金請求書の提出が必要です。 ※添付書類不要  
※後期高齢者は領収書が必要



総医療費	
7割 (支払基金を通して共済組合が支払)	3割 (一旦窓口で支払)

助成金の送金は共済組合に設定されている給付金等振込口座へ送金します。

## ニコチン依存症のスクリーニングテスト

5点以上で保険適用！

	設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1.	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまっていましたか。		
問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。		
問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。		
問4.	禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。 (イライラ、神経質、落ちつかない、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)		
問5.	問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。		
問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がありましたか。		
問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のに、吸うことがありましたか。		
問8.	タバコのために自分に精神的問題（注）が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問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。		
問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。		

※はじめの診察でニコチン依存症のスクリーニングテストが行われます。あらかじめ内容を確認され、5点以上と見込まれる方は医療機関に連絡のうえ受診してください。

※スクリーニングテスト、その他の条件を満たさず保険適用とならなかった場合、自由診療を選択すると治療費すべて（10割）が自己負担となり、助成金も給付されません。

（注）禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状（いわゆる禁断症状）ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。