

禁煙チャレンジ宣誓書

私は、心身ともに健康であり続けることを目指し、病院での禁煙外来を利用した禁煙に挑戦することをここに誓います。

禁煙が達成できましたので、
下記の給与口座へ、治療費1万円を超えた実費
(上限1万円)の補助金支給をお願いいたします



保険証記号・番号	—	フリガナ		
所属事業所・工場		被保険者氏名		
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	社員番号	
医療機関名		調剤薬局名		
初めて禁煙外来を訪れた日(初診日)	令和	年 月 日	最後に禁煙外来を訪れた日(最終通院日)	令和 年 月 日
給与口座	金融機関	銀行	支店名	本店 支店
	口座番号	普通 当座	名義	

2頁目に禁煙外来受診の領収書(コピー不可)を添付し、治療費、薬剤費合計を記入の上ご提出ください。
原則5回の通院が必要ですが、早々に禁煙に成功された方は、その段階でお申し出ください。
治療内容を確認するため、補助金のお支払いは約3カ月後となります。

<禁煙補助支給には、下記の条件が必要です>

- ①禁煙チャレンジ宣誓を行い、禁煙に成功された方
- ②補助金支給日に京セラ健康保険組合に在籍している方
- ③治療費用が1万円を超えた方(治療費には併用された他の疾患治療分、外来管理加算、夜間早朝加算等は含まれません)

***** 健保記入欄 *****

メモ 	支給決定金額	円
	KIIS登録	支払日
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 台帳入力 令和 年 月 日

- ◆治療費の金額が1万円を超えた実費(上限1万円)の補助になります。【治療費 - 10,000円】
- ◆原則5回の通院が必要ですが、早々に禁煙に成功された方は、その段階でお申し出ください。

禁煙外来通院・薬局の領収書を添付して下さい

通院1回目
のりしろ

通院2回目
のりしろ

通院3回目
のりしろ

通院4回目
のりしろ

通院5回目
のりしろ