

禁煙外来治療利用申込書兼禁煙宣言書

才力モ卜健康保険組合殿

私は禁煙宣言をし、下記の通り、禁煙外来治療の利用を申し込みます。

申 迟 日 年 月 日

卒煙予定日 年 月 日

事業所名称			
記号		被保険者氏名	
番号			
受診予定の医療機関名(病院名)			
〔申込方法・提出先〕 禁煙外来治療を始めたい方は、初診日当日までにこちらの申込書の提出が必要です。注意事項をご確認のうえ必要事項を全て記入し、事業所経由にてオカモト健康保険組合へご提出ください。			

【個人情報について】本申込書に記入された個人情報は、保健事業に係る業務処理の目的のみに使用し他の目的には使用しません。

申込時の注意事項

- (1) 禁煙外来の保険適用の医療機関・クリニックで受診してください。

禁煙外来の治療は、全ての医療機関・クリニックで治療できるとは限りません。

- (2) 健康保険適用として禁煙治療を受けることができる条件は原則として次の通りです。

- ◆ニコチン依存症の判断テストが5点以上
◆ただちに禁煙を始めたいと思っている
- ◆「1日の平均喫煙本数×喫煙年数」が200以上
◆禁煙治療を受けることを文書で同意している

※最終的なニコチン依存症の診断は医師が行います。

- (3) 禁煙外来治療の費用について事前に確認しましょう。

保険適用の場合で自己負担費用は、1.3万円～2万円が目安です。医療機関・クリニックによっては、治療内容が異なり自己負担費用にバラツキが生じますので、治療を開始する前に受診予定の医療機関・クリニックへ費用の確認をしておくことをお勧めします。

- (4) 卒煙予定日は、禁煙外来初回受診予定日より6か月後としてください。

禁煙治療は、初診後、禁煙補助薬を使用して約3か月間治療を受けます。その後、3か月間禁煙が続けられたら、事業所の証明を得て、補助金の申請をしてください。