

## 禁煙お助け事業 参加申込書

課長	係長	係員

保険証		申込者氏名	性別	区分
記号	番号			
			男 女	被保険者 被扶養者
被保険者住所		〒 _____ TEL ( _____ ) _____ *日中、連絡がとれる電話番号		
送付先 *指定なき時は事業所送付となります。		事業所 ・ 自宅		
禁煙開始日を宣言してください		令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
参加コース ※希望されるコースをお選びください。		ascureDr.卒煙 ・ ascure 卒煙 ・ 禁煙外来(医療機関) ※「ascureDr.卒煙」は、医療用禁煙補助薬の供給不足のため、 現在、募集を停止しています。(再開未定)		
事業所記入欄 ※被扶養者が申請する場合は、 被保険者が証明してください。		上記の者が禁煙宣言したことを証明します。 事業所担当者氏名 (被保険者氏名) _____		
健保記入欄		承認番号 _____		

## 【喫煙に関する質問票】

- 現在の喫煙本数・喫煙年数を教えてください。( )本/日 ( )年
- 煙草の種類を教えてください。(紙巻たばこ ・ 加熱式たばこ ・ 電子たばこ)
- 朝、目が覚めてからどのくらいの時間で最初のたばこを吸いますか?  
① 5分以内 ② 6~30分 ③ 31~60分 ④ 61分以上
- 今回禁煙をしようと思ったきっかけは何ですか? ( )
- 過去に禁煙にチャレンジしたことはありますか?  
① はい (回数 \_\_\_\_ 回 最長期間 \_\_\_\_ 年/ \_\_\_\_ か月 きっかけ: \_\_\_\_\_ 方法: \_\_\_\_\_)  
② 無し
- たばこをやめることについてどの程度自信をもっていますか?「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0~100%の間であてはまる数字をお書きください。\_\_\_\_\_%

※裏面の参加要領をご確認いただき、表面の太枠内と喫煙に関する質問票へ記入してください。

※記入の際は、黒または青色のボールペンを使用してください。

※プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。

ご理解いただきますようお願い申し上げます。

# 【禁煙お助け事業 参加要領】

## 1. 【参加コース紹介】

	オンライン		対面
種別	①ascureDr.卒煙	②ascure卒煙	③禁煙外来（医療機関）
特徴	身体が弱く、薬を飲めば （再募集は停止して 未定） AscureDr.卒煙は医療用禁煙補助薬 が、薬を飲めば 出さる人	心理的・習慣的依存が強く、 人のサポートを希望する人	対面での禁煙サポートを 希望する人
禁煙補助薬	AscureDr.（飲み薬） ニコチンパッチ（医療用ニコチンパッチ）	ニコチンパッチ（第1類医薬品） ニコチンガム（第2類医薬品）	ニコチネルTTS（医療用ニコチンパッチ）
面談以外のサポート	（使用）AscureDr.卒煙は医療用禁煙補助薬 （使用）AscureDr.卒煙は医療用禁煙補助薬 AscureDr.卒煙は医療用禁煙補助薬 AscureDr.卒煙は医療用禁煙補助薬	禁煙アプリ 指導員によるLINE・メール	病院による
申請期間	4月1日～翌3月15日（申請書必着）		4月1日～12月23日（申請書必着）
募集人員	25名		25名
補助額	無料（健保負担）		医療機関で支払った費用の半額 組合補助額上限10,000円
指導員	専門の教育を受けた医療資格 保持者（看護師・保健師など）		病院による
期間	3か月		
その他	-		ご自身で禁煙治療に保険が使える 医療機関をお選びください

2. 【補助対象者】 禁煙したい20歳以上の被保険者・被扶養者

3. 【組合補助額】 「ascureDr.卒煙」「ascure 卒煙」 ⇒ 全額組合補助  
「禁煙外来（医療機関）」 ⇒ 医療機関で支払った費用の半額（上限 10,000 円）  
※禁煙に3か月成功した場合に限る

## 4. 【参加手続き】

### ascureDr.卒煙・ascure 卒煙

- 「ascureDr.卒煙」、「ascure 卒煙」コースに参加を希望する方は、当組合に参加申込書を郵送してください。
- 委託先となる(株)CureAppの申し込みフォームから2週間以内にお申し込みください。  
※当組合から届くパンフレットに申し込みフォームのリンク先（QRコード）を掲載しています。
- 参加者は、スマートフォンやパソコンで禁煙に向けて取り組んでください。

### 禁煙外来（医療機関）コース

- 「禁煙外来（医療機関）」コースに参加を希望する方は、当組合に参加申込書を郵送してください。
- 当組合から【禁煙外来（医療機関）補助金支給申請書】（様式4）を送付します。
- 参加者は医療機関の禁煙外来で禁煙に向けて取り組んでください。
- 3か月間、禁煙に成功したら、【補助金支給申請書】に記入後、領収書の原本を添付し、当組合に送付してください。
- 申請にもとづき、当組合より指定口座（被保険者名義の口座に限る）に補助金を支給します。

## 5. 【注意事項】

- 申請は年度内に1回限りとします。（その他の禁煙お助け事業のコースと重複して利用できません）
- 「ascureDr.卒煙」「ascure 卒煙」をご利用いただくには、スマートフォンなどのタブレット端末が必要です。端末・通信費用はご自身で負担をお願いします。
- 「禁煙外来（医療機関）」コースは、3か月間、禁煙に成功した場合にのみ、補助金をお支払します。補助金申請書に禁煙成功に関する証明を事業所（被扶養者の場合は、被保険者）で受けてください。
- 申請期間後の申請の場合、参加することはできません。

