トピー健康保険組合　御中

禁煙治療費補助金申請書

記号と番号	記号		番号	
事業所			申請者名	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　（　　才）			
医療機関名				
〔禁煙外来受診日を記載ください〕				
受診1回目	令和　　年　　月　　日			
受診2回目	令和　　年　　月　　日			
受診3回目	令和　　年　　月　　日			
受診4回目	令和　　年　　月　　日			
受診5回目	令和　　年　　月　　日			

年　　月　　日　提出　　事業所受領代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【補助金申請書の注意事項】

(1)本申請書に添付するもの

：　領収証及び診療明細(原本)　※禁煙外来であることが記載されていること

(2)補助金　：　10,000円を補助します

(3)対象者　：　被保険者

(4)補助金の支給

：　補助金は、健康保険が適用となる禁煙外来受診をし、治療終了後に申請すること

なお、保険適用となる禁煙外来は「12週間に5回のプログラム」となります

また、禁煙治療費の補助金の申請は、年度に係らず、1回限りとします

(4)支給方法　：　補助金は、事業主経由で支給いたします

健保使用欄

補助金支給日	支給額	常務理事	事務長	担当
	10,000円			

健保受付印

【注意事項】

保険診療で禁煙外来を受診するには条件があります。

初回の診察で、次の４つの条件を確認します。これらの条件にすべてあてはまれば、健康保険を使って禁煙治療が受けられます。

１．ただちに禁煙しようと考えている

２．ニコチン依存症のスクリーニングテストが５点以上

３．ブリンクマン指数（１日の喫煙本数×喫煙年数）が２００以上

４．禁煙治療を受けることを文書により同意していること(受診時に直筆サインが必要です)

なお、過去１年以内に健康保険を使った禁煙外来を受診していないことも条件となります。

☆　ニコチン依存症スクリーニングテスト（ＴＤＳ）

問	
1	自分が吸うつもりよりも、多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。
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。
3	禁煙したり、本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなることがありましたか。
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、神経痛、落ち着かない、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、食欲または体重の増加)
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。
6	重い病気にかかった時には、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。
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ても、吸うことがありましたか。
8	タバコのために自分にいわゆる禁断症状が起きて、また吸うことがありましたか。
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。
10	タバコが吸えないような仕事やつきあいは避けることが何度かありましたか。

10問中、５問以上、ＹＥＳ（はい）の方は、ニコチン依存症です！

☆　喫煙指数（ブリンクマン指数）

喫煙指数とは一日の喫煙本数と、これまでの喫煙年数から計算することが出来ます。

※　喫煙指数＝1日に吸うタバコの本数×喫煙している年数

例えば、1日に40本20年間喫煙している場合は40×20＝800で、喫煙指数は800となります。