

禁煙外来治療事前申込書 / asecure卒煙プログラム申込書

事業所			所属	
被保険者等	記号		番号	
被保険者名				
実施対象者名	※被扶養者（ご家族）が実施する場合にご記入ください。			
電話番号				

実施を希望する下記①・②のいずれか一方にチェックを入れ、内容をご確認ください。

※①と②は併用できません。また、同一年度内での重複申込みはできません。

<input type="checkbox"/>	① 禁煙外来治療事前申込書		
要領	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙を目的とした外来治療で、禁煙指導や禁煙補助薬を用いた治療に健康保険が利用できます。 保険適用となる治療の自己負担分（通常3割）については、下記の確認欄に該当しない場合、UACJ健康保険組合が全額補助^{※1}します。 治療がすべて終了した後、保険適用の治療にかかった領収証（原本）^{※2}を、申請書とあわせてご提出ください。なお、領収証は治療期間中、ご自身で保管をお願いします。 <p>※1 自由診療にかかる自己負担分は、本補助の対象外です。 ※2 領収証には、受診者名、受診年月日、保険医療機関名・連絡先、「禁煙外来」等の但し書き（診療内容）の記載が必要です。</p>		
実施予定医療機関	名称		
	所在地		
		TEL	
確認欄	申込者が保険医療機関で禁煙外来治療を受けた後、UACJ健康保険組合が実施する喫煙検査で陽性となった場合は、保険診療分を除き、本補助は支給されないことを確認しました。		自署（被保険者）

<input type="checkbox"/>	② 禁煙サポートプログラム「asecure卒煙」申込書		
要領	<ul style="list-style-type: none"> アプリを使用し、完全オンラインで禁煙サポートを行います。通院が難しい方におすすめです。 本申込書をご提出いただいた後、実施に必要な「招待コード」をご案内します。 本プログラムの実施費用については、下記の確認欄に該当しない場合、UACJ健康保険組合が全額補助します。 		
確認欄	申込者が、禁煙サポートプログラムを自己都合で途中終了した場合、または最終面談時の唾液テストで不合格となった場合は、本プログラムの実施にあたりUACJ健康保険組合が負担した費用のうち、3割（税込）を被保険者が返金することを確認しました。返金方法はUACJ健康保険組合が指定します。		自署（被保険者）

【提出先】UACJ健康保険組合、または各所属先の健康保険組合担当者を通じてご提出ください。

※キャンペーン期間中のお申込みについては、本申込書の提出は不要です。