

禁煙サポートプログラムascure卒煙申込書 / 禁煙外来治療事前申込書

会社名			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				
電話番号				

実施を希望する下記①・②のどちらかにチェックをつけ、内容をご確認ください（併用不可・同一年度で重複申込不可）

☐ ① 禁煙外来治療事前申込書

要 領	・禁煙を目指すための外来で、禁煙指導や禁煙補助薬による治療で健康保険が利用できます。 ・保険適用の治療にかかる自己負担分(通常3割)を、下記に該当しない場合に限り、UACJ健康保険組合が全額補助^{※1}します。 ・治療が全行程終了後、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いただきます。治療中はご自身で保管をお願いします。 ※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 領収証に必要な記載事項：受診者名、受診年月日、保険医療機関の名称・連絡先、「禁煙外来」等の但し書き（診療内容）		
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後、UACJ健康保険組合が実施する喫煙検査（コチニン検査）で陽性となった場合は、保険診療部分を除き、本補助が支給されないことを確認しました。		自署（被保険者）

☐ ② 禁煙サポートプログラム「ascure卒煙」申込書

要 領	・アプリを使って、完全オンラインでサポートします。通院できない方におすすめです。 ・本申込書を提出後、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を下記に該当しない場合に限り、全額UACJ健康保険組合が補助します。		
確認欄	申込者が禁煙サポートプログラムを自己の都合により途中で終了した場合や、最終面談時の唾液テストで不合格となった場合は、UACJ健康保険組合が本プログラム実施で支払った費用の3割（税込）を、UACJ健康組合が指定した方法で被保険者が返金することを確認しました（最大返金額 17,820円）。		自署（被保険者）

