

禁煙外来治療補助制度のご案内

被保険者および被扶養者の皆様を対象に、喫煙率・健康被害の減少を目的として、禁煙外来治療の補助を行います。

| 禁煙外来治療補助事業 |
|--------------------|
| ① 禁煙外来治療補助（医療機関受診） |
| ② 禁煙外来治療補助（オンライン） |

※年度内（4月～翌3月）に、いずれかのプログラムに対して一回限りの補助となります。

①禁煙外来治療補助（医療機関受診）

1. 補助の内容

禁煙外来を受診し、禁煙を達成した者に対し、治療費の補助を行う

2. 補助対象者

三谷健康保険組合に加入の被保険者および被扶養者

（治療終了時に組合員資格を有すること）

※任意継続被保険者およびその被扶養者は対象外

※禁煙外来が保険適用の者も、保険適用外の者も対象とする（禁煙外来の保険適用に関しては、別紙を参考にしてください。）

3. 実施期間

2023年4月～翌3月 ※期間内に治療を終了し、請求できる者が対象

4. 請求期限

3月20日健保組合必着（期限が休日等の場合は前営業日）

5. 補助金額

保険適用の者 : 自己負担金額の全額

保険適用外の者 : 自己負担金額の実費（上限50,000円）

6. 利用申込および費用請求の手順

①「禁煙外来治療補助金制度利用申込書」に必要事項を記入し、健保組合に提出して下さい。

②希望する医療機関を受診し、約3カ月の禁煙治療を行って下さい。

③禁煙治療が終了しましたら、「禁煙外来治療補助金請求書」に必要事項を記入し、添付書類を添えて健保組合に請求して下さい。

●禁煙治療費および調剤費を補助の対象とし、その他の疾病の治療費については補助の対象外です。

〈添付書類〉

- ・領収書（コピー可）
- ・診療明細書（コピー可）
（注）領収書と診療明細書は通院した診療日すべて添付して下さい。
- ・卒煙証明書

②禁煙外来治療補助(オンライン)

1. 補助の内容

スマートフォンを利用してオンライン上で診療を行う約2ヵ月の禁煙プログラム

※パンフレットを添付しますのでご参考にしてください。

※卒煙確認の2ヵ月後にコチニン検査を受けていただきます。コチニンとは、ニコチンが体内で代謝されて生成する物質です。コチニンはニコチンに比べ長く体内に残留するため検査に使用しています。

2. 補助対象者

三谷健康保険組合に加入の被保険者および被扶養者
(卒煙確認時に組合員資格を有すること)

※任意継続被保険者およびその被扶養者は対象外

3. 実施期間

2023年4月～翌3月 ※期間内に治療を終了できる者が対象
(卒煙確認2ヵ月後のコチニン検査は含めません)

4. 参加費用

参加費用なし（通常64,350円の禁煙プログラムを無料でうけることができます。）

※通常は初回診療を含む3回のプログラムですが、4回目以降の追加診療を希望する場合は別途費用が発生します。

※プログラム完遂できなかった場合は、健保より20,000円を請求させていただきます。

5. 申込方法

「オンライン禁煙外来参加申込書」に必要事項を記入し、健保組合に提出して下さい。

(申請書提出先・お問い合わせ先)
〒910-8510 福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階
三谷健康保険組合
TEL 0776-20-3155 FAX 0776-20-3169
ホームページ <https://www.mitani-kenpo.jp>
Eメール mi-kenpo@kore.mitene.or.jp
担当：飛田

【別紙】

禁煙外来は、保険適用となる場合と保険適用外（自由診療）となる場合があります。
保険適用となる場合は3割の自己負担で受診することができ、**保険適用外の場合は10割の自己負担となります。どちらの場合も、補助の対象となります。**
詳細は、各医療機関に確認してください。

○禁煙治療で健康保険が適用になる場合
「禁煙治療を受けるための要件」4つを満たしていること。

- 1. ニコチン依存症を診断するテスト(下記参照)で5点以上
- 2. ブリンクマン指数（1日の喫煙本数 × 喫煙年数）が200以上
（35歳未満の方は200未満でも可能）
- 3. ただちに禁煙を始めたいと思っている
- 4. 禁煙治療を受けることに文書で同意する

※保険適用の条件には施設の基準もありますので、受診する施設（病院やクリニックなど）が保険診療を行っているかを確認してください。
※過去に健康保険で禁煙治療を受けたことのある方の場合、前回の治療の初回診察日から1年経過しないうちは、保険適用外(自由診療)となります。

【ニコチン依存症テスト】

各設問に対し、「はい」または「いいえ」を選択してください。
合計点数が5点以上でニコチン依存症と判断されます。

| | | はい (1点) | いいえ (0点) |
|-----|--|------------|-------------|
| 問1 | 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。 | | |
| 問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。 | | |
| 問3 | 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。 | | |
| 問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、神経質、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、食欲または体重増加) | | |
| 問5 | 問4でうかがった症状を消すために、またタバコを吸いはじめることがありましたか。 | | |
| 問6 | 重い病気にかかったときに、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。 | | |
| 問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るにもかかわらず、吸うことがありましたか。 | | |
| 問8 | タバコのために自分の精神的問題（注）が起きていると分かっているにもかかわらず、吸うことがありましたか。 | | |
| 問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。 | | |
| 問10 | タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。 | | |

(注) 禁煙や本数を減らした時に出現する脱離症状（いわゆる禁断症状）ではなく、禁煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。

禁煙外来治療(医療機関)補助金制度利用申込書

| | | | |
|----------------|-----------|------|----------------|
| 被保険者証の 記号番号 | | 事業所名 | |
| 被保険者氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 被保険者住所 | 〒 - | | |
| 日中連絡先 電話番号 | 勤務先・自宅・携帯 | | |

| | | | |
|---------------|-------|------|----------------|
| 受診者氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 続柄 | | 年齢 | 歳 |
| 受診予定 医療機関名 | | | |
| 受診予定日 | 年 月 日 | | |

注意事項

- ・補助対象者は、被保険者及び被扶養者とし、治療終了まで組合員資格を有すること
- ・補助は、実施期間内に禁煙プログラムの日程を終了し、卒煙証書(写)を提出できる者とする
- ・医師の指導の下で実施した禁煙治療費及び調剤費を補助対象とする
- ・医師の指導によらず、自己の判断で購入した禁煙補助剤等は本補助金の対象外である
- ・補助金額の上限50,000円を超えた差額は、自己負担とする
- ・禁煙治療費の自己負担が50,000円以内の場合は、実費を補助とする
- ・途中で治療(通院)を中断した場合は、補助の対象外とする

| | | |
|---------------|--------------|-------|
| 健保 使用 欄 | 支 払 日 | 年 月 日 |
| | 補助金 支給決定額 | 円 |

| | | |
|------|------|-----|
| 常務理事 | 担当上司 | 担 当 |
| | | |

禁煙外来治療(医療機関)補助金請求書

| | | | |
|---|------|--|-------------|
| 被保険者証の 記号・番号 | | 事業所名 | |
| 被保険者氏名 | | 生 年 月 日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 受診者氏名 | | 生 年 月 日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 受 診 先 医 療 機 関 | 名 称 | | |
| | 住 所 | | |
| 初回診察日 | | 年 月 日 | |
| 最終診察日 | | 年 月 日 | |
| 受 取 方 法 (○をつけて下さい) | 現金希望 | ※健保組合へ取りに来られる方のみ ※後日ご連絡しますので受け取りに来て下さい 連絡先 (内線又は電話番号) _____ | |
| | 振込希望 | ※被保険者の銀行口座を記入して下さい。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 銀 行 本店 普通 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 信用金庫 支店 当座 </div> 口座番号 _____ 口座名義人 (被保険者) _____ | |
| 三谷健康保険組合理事長 殿 上記のとおり請求します。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 年 月 日 〒 _____ </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 被保険者住所 被保険者氏名 </div> | | | |

《添付書類》

① 領収書 (写)

② 診療明細書 (写)

(注) 領収書と診療明細書は診療日すべて添付して下さい。

③ 卒煙証書 (写)

スマートフォン1つで完結！

Medically オンライン禁煙外来プログラム



禁煙成功率
88.4%

2021年度3回診療受診者の
うち禁煙成功者の割合



平日夜間
土日でもスマホで診療

平日9:00~21:00
土日8:00~18:00



処方薬は
ご指定住所まで配送



医療チームとのメッセージ
機能で安心して禁煙に
取り組んでいただけます

お申込み

実施期間

2023年**4月1日(土)**~2024年**3月31日(日)**

※期間内に治療(2か月間)を終了できる方が対象です。
1月までに健保へお申込み・初回診療を受診ください。
(卒煙確認2か月後のニコチン検査は上記期間に含めません。)

参加対象

三谷健康保険組合加入の被保険者および被扶養者
※任意継続被保険者およびその被扶養者は対象外

参加費用

自己負担0円

・4回目以降の追加診療を希望する場合は別途費用が発生いたします。
・プログラムを完遂できなかった場合は健保より20,000円請求致します。

お申込み

オンライン禁煙外来参加申込書にご記入の上、
健康保険組合にご提出ください。

プログラムの流れ・スケジュール

「オンライン禁煙プログラム」は初回診療から2ヶ月（個人差があります）。
オンライン診療と禁煙補助薬で段階毎に禁煙をサポートしていきます。



禁煙補助薬(ニコチネルTTS)

Medically禁煙外来プログラムでは、
医師のみが処方可能である医療用ニコチネルを採用しております。

以下の特徴により、禁煙をサポートします。

- ①禁煙時のイライラ・集中困難などの症状を緩和する
- ②1日1回貼るだけの簡単な使用方法で無理なく禁煙に導く
- ③皮膚から徐々にニコチンを吸収させる



http://www.rad-ar.or.jp/siori/kekka_plain.cgi?n=44501

既往歴等によって処方できない場合がございます。薬剤使用開始後、副作用発現等により薬剤使用継続が困難、もしくは他規格等へ変更となった場合においても、すでに処方された薬剤の取り換えは行いません。追加診療・処方を希望する場合は別途費用が発生いたします。いずれの場合も診療を実施する医師により処方可否・処方内容が判断されます。診療より2ヶ月以上経過し、次回のご予約もしくは終了操作が確認できない場合はプログラムを終了させていただく場合がございます。

プログラムの内容等 に関するお問い合わせ先



Medically

メドケア株式会社

Medicallyサポートチーム

(電話受付時間：平日10時～18時)

☎ 03-6908-2424

✉ support@medically.com

お申込みに関するお問合せ

三谷健康保険組合

担当：飛田

☎ 0776-20-3155 (TEL)

0776-20-3169 (FAX)

✉ mi-kenpo@kore.mitene.or.jp

オンライン禁煙外来参加申込書

記入日： 年 月 日

参加を希望される方は必ず氏名等をご記入の上ご返信ください。

| | | | |
|----|--|----|--|
| 記号 | | 番号 | |
|----|--|----|--|

| | |
|------|--|
| フリガナ | |
| 氏名 | |

| | |
|------|--|
| 事業所名 | |
| 所属 | |
| 電話番号 | |

| | | | | | |
|---------|----|---|---|---|-----|
| 住所 | 〒 | | | | |
| 生年月日・性別 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
| 直通の電話番号 | | | | | |
| メールアドレス | @ | | | | |

 参加します

健康保険組合に申込書が届きましたら、お申込み方法の詳細をご案内致します。

送付先：三谷健康保険組合

【FAX】 0776-20-3169 【E-mail】 mi-kenpo@kore.mitene.or.jp