

(第1号様式)

## 禁煙外来治療費用請求書

令和 年 月 日

地方職員共済組合奈良県支部 あて

禁煙治療を終了し、禁煙に成功しましたので、禁煙外来治療費用を請求します。

組合員証 番号	地・奈良	氏名	
所属名称	TEL		
受診医療 機関名称		受診 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

### <注意事項>

- 対象者：組合員（請求時まで組合員であること）
- 補助回数：1人あたり、1年度に1回
- 補助金額：上限20,000円
- 添付書類：○医療機関の発行した領収書及び診療明細書（通院した回数分全て）
  - ・被保険者名義のもの
  - ・禁煙外来治療分とわかるもの○禁煙外来利用機関において禁煙治療を受け、禁煙治療を終了したことについての医師の証明書又は治療途中で禁煙が成功したことについての医師の確認書（第2号様式）
- 助成額：保険適用の場合は助成対象経費の自己負担相当額、保険適用外の場合は助成対象経費の10分の3相当額とし、ともに上限を20,000円とする。ただし、算出した助成金の額に100円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。（ただし助成対象経費以外は含めない。）  
助成対象経費：初診料・再診料・ニコチン依存症管理料・処方料及び処方箋料・調剤基本料・調剤料及び薬剤服用歴管理指導料・調剤料（医師の処方に基づき購入した禁煙補助薬に限る。）・実施要領第5条第1項第二号の発行に係る文書料・前各号に掲げる補助対象経費に係る消費税及び地方消費税
- 支給について：月末までの請求分は翌月に支給。共済への届出口座に振り込み。
- 不支給について：5回の治療が終了する前に中止した場合  
共済の資格を喪失した場合  
禁煙が成功したことについて医師の確認を受けた日（第2号様式に記載の医師の確認日）から3ヶ月以内に申請書の提出がなかった場合は、不支給とします。

-----  
(※以下は記入しないで下さい。)

共済記入欄	支給・不支給	支給額		備考	
-------	--------	-----	--	----	--