

2018年度禁煙キャンペーン

シャープ健康保険組合は、2018年4月1日～2019年3月31日の間に禁煙にチャレンジされた方に対し、禁煙外来の医療費、禁煙補助薬費用などの自己負担分についてキャッシュバックを行います（上限1万円）。薬局などで購入できる禁煙補助薬に対しても費用補助をおこないます。ご自身の健康の為に、また周囲の方の健康の為に禁煙に挑戦しましょう！

I. 禁煙方法を決めましょう！

A. 禁煙外来を受診する。

通院中の方はかかりつけ医に相談しましょう。



B. 薬局、ドラッグストアで禁煙補助薬を購入する。

薬剤師さんに相談して、自分にあったタイプ※1の禁煙補助薬を購入しましょう。

II. 禁煙生活を頑張りましょう！

- 禁煙を決意したら、禁煙宣言書をシャープ健康保険組合健康づくり推進担当または健康管理室に提出してください。
- 周囲の人にも宣言してサポートしてもらいましょう。
- 健康づくり推進担当から定期的に支援メールが届きます。
- 領収書をなくさないよう大切に保管しておいてください。



III. 禁煙達成おめでとございます！

- 禁煙開始日から6カ月以後に、費用補助申請を受け付けます。
禁煙達成証明書及び費用補助申請書をシャープ健康保険組合健康づくり推進担当、または健康管理室に提出してください。
- 健康づくり推進担当から確認の電話をさせていただきます。



※1：Bの費用補助対象の禁煙補助薬は、裏面の表1）に記載されているもののみです。

表1) 2018年度禁煙キャンペーン費用補助対象の禁煙補助薬(B)一覧

種類	商品名	分類
ガム	ニコチネル ミント	第②類医薬品
	ニコチネル スペアミント	
	ニコチネル マンゴー	
	ニコレット	第②類医薬品
	ニコレット クールミント	
	ニコレット アイスミント	
ニコレット フルーティミント		
貼るタイプ	ニコチネル パッチ10	第1類医薬品
	ニコチネル パッチ20	
	シガノン CQ1 透明パッチ	第1類医薬品
	シガノン CQ2 透明パッチ	



禁煙宣言提出期間

2018年5月31日～2019年3月31日

禁煙達成証明書及び費用補助申請書提出期間

2018年10月1日～2019年9月30日

※禁煙開始日から6ヵ月以後に申請を受け付けます。

2018年度禁煙キャンペーン費用補助条件

下記1)～5)全ての項目を満たしていることが必要です。

- 1) 2018年4月1日～2019年3月31日の間に禁煙外来を初回受診(A)、若しくは禁煙補助薬を一度は購入(B)していること。
- 2) 2018年5月31日～2019年3月31日の間に、シャープ健康保険組合健康づくり推進担当、又は各事業所健康管理室に禁煙宣言書を提出していること。
- 3) 2018年10月1日～2019年9月30日の間に禁煙達成証明書及び費用補助申請書と領収書(原本)を提出していること。
- 4) 領収書の日付が2018年4月1日～2019年6月30日の間であること。
- 5) 禁煙宣言書提出時及び禁煙達成証明書及び費用補助申請書提出時にシャープ健康保険組合被保険者であること。
- 6) 禁煙達成証明書及び費用補助申請書提出時に、電話又はメールで禁煙達成の確認がとれること。

注意事項

- 1) 領収書は必ず原本を提出してください。領収書の原本がない場合は費用補助ができません。
- 2) 領収書は返却できません。医療費控除、セルフメディケーション税制との併用はできませんのでご注意ください。
- 3) 禁煙外来時に同時に受診した慢性疾患や禁煙補助薬以外の医療費、薬代を含む領収書であっても、費用補助の対象は禁煙外来費用及び禁煙補助薬に関連する費用のみです。また、氏名・商品名等が明記されていない領収書は受付できません。
- 4) 期間中に(A)・(B)を変更した場合、合わせて費用補助申請をおこなうことは可能ですが、費用補助の上限はお一人あたり1万円です。



シャープ健康保険組合 HPにも掲載しています。
<http://kenpo.sharp.co.jp/home/top/>
 ご自宅のパソコン、スマートフォンからもご覧いただけます。

シャープ
健康保険組合



禁煙宣言書

(原書:本人 コピー:シャープ健康保険組合)

私は、201__年__月__日 より、

A. 禁煙外来で禁煙チャレンジ! ・ B. 薬局で禁煙チャレンジ! で、

(いずれかに丸をしてください。チャレンジ途中での変更可能です。)

禁煙に挑戦することを宣言します。

(氏名コード) 氏名

(自筆署名)

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

サポーター名① (自筆署名)

※職場の方、ご家族、健康管理室のスタッフにサポーターになってもらい、署名をご記入ください。
 空欄の場合は健康保険組合健康づくり推進担当がサポーターをさせていただきます。