

# 2019 年度禁煙キャンペーン

シャープ健康保険組合は、2019年4月1日～2020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にも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、まずかかりつけ医に相談してみましよう。
- ・ 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でお送りください。
- ・ 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・明細書等を紛失しないよう大切に保管しておいてください。  
（領収書には氏名・診療内容又は商品名が明記されているか確認してください）



## III. 禁煙達成おめでとございます！

- ・ 禁煙開始日の6カ月後から、費用補助申請書を受け付けいたします。  
禁煙達成証明書及び費用補助申請書を各健康管理室へご持参いただくか、シャープ健康保険組合健康づくり推進担当までお送りください。
- ・ シャープ健康保険組合健康づくり推進担当から確認の電話又はメール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) 2019年度禁煙キャンペーンBの費用補助対象の禁煙補助薬一覧

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 スペアミントトライアルパック	
	ニコチネル マンゴー	
	ニコチネル マンゴートライアルパック	
ニコレット	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	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	



**受付期間**

2019年5月31日～2020年3月31日

**2019年度禁煙キャンペーン費用補助条件**

下記1)～6)全ての項目を満たしていることが必要です。

- 1) 2019年4月1日～2020年3月31日の間に禁煙外来(A)を初回受診、若しくは禁煙補助薬を一度は購入(B)していること。
- 2) 2019年5月31日～2020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) 2019年10月1日～2020年9月30日の間に禁煙達成証明書、領収書(原本)を及び明細書を提出していること。
- 4) 領収書の日付が2019年4月1日～2020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。また、ニコチン依存症管理料等、禁煙外来受診であることが確認できる明細を添付してください。
- 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) 期間中にチャレンジ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、20\_\_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。