

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	係長	係員

# 禁煙サポートプログラム(禁煙治療)終了者に係る還付申請書

年 月 日

東京都家具健康保険組合 殿

未処方薬剤額 (B)

円

参加費還付額 (E)

円

還付額 (B+E)

円

申請書の提出期限は  
令和3年2月26日(金) 必着です

次のとおり所定の禁煙サポートプログラム(禁煙治療)を終了したので還付を申請します。

事業	名称							事業所 記号	
	事業主名	Ⓜ							
	所在地								
チャンピックス使用による 追加制吐薬なしの禁煙成功のケース		( )	E-mail						
禁煙 プログラム 終了者	喫煙の 番号	氏名 (使用薬剤)	参加費 A	未処方薬剤 B	追加制吐薬 C	自己負担(D) (A-B+C)X1/3	参加費還付(E) A-B+C-D	還付額 B+E	
	1	321 健保太郎	12,380円	0円	0円	4,130円	8,250円	8,250円	
	(チャンピックス・ニコチネルTTS)		[治療期間] 令和2年9月1日～		令和2年11月23日		[追加制吐薬] 0錠		
	2	345 健保花子	6,330円	0円	0円	2,110円	4,220円	4,220円	
	(チャンピックス・ニコチネルTTS)		[治療期間] 令和2年9月1日～		令和2年11月23日		[追加制吐薬] 錠		
	ニコチネルTTS使用による 禁煙成功のケース		円	円	円	円	円	円	
	[治療期間]		年	月	日	年	月	日	[追加制吐薬] 錠
	円		円	円	円	円	円	円	
	(チャンピックス・ニコチネルTTS)		[治療期間]		年		月	日	[追加制吐薬] 錠
	円		円	円	円	円	円	円	
(チャンピックス・ニコチネルTTS)		[治療期間]		年		月	日	[追加制吐薬] 錠	
円		円	円	円	円	円	円		
(チャンピックス・ニコチネルTTS)		[治療期間]		年		月	日	[追加制吐薬] 錠	
円		円	円	円	円	円	円		
(チャンピックス・ニコチネルTTS)		[治療期間]		年		月	日	[追加制吐薬] 錠	
円		円	円	円	円	円	円		
(チャンピックス・ニコチネルTTS)		[治療期間]		年		月	日	[追加制吐薬] 錠	
円		円	円	円	円	円	円		
(チャンピックス・ニコチネルTTS)		[治療期間]		年		月	日	[追加制吐薬] 錠	

- ※ この申請書は健康保険組合が作成して事業所へ送付するので、内容を確認のうえ押印し、申請してください。
1. 還付は、治療薬の服用(貼付)を終了した日からチャンピックス使用の場合は3ヶ月、ニコチネルTTS使用の場合は4ヵ月経過後も禁煙が継続されている方(予定した治療薬服用(貼付)の終了前に医師が診察して服用(貼付)が不要(治療終了)とされた方を含む。)が対象となりますので、この方には「禁煙成功報告書」(様式6号の1)を必ず添付して申請してください。
  2. 未処方薬剤の返還は、プログラムを終了する前に医師が診察して、服用(貼付)が不要(治療終了)とされた方又は服薬(貼付)中止(治療中止)を指示された方に限り、未処方薬剤分の費用を返還いたします。
  3. 自己負担(額)に10円未満の端数が生じた場合は四捨五入しています。
  4. 還付額は、記載された全員分をまとめて健康保険組合に届けられている指定口座へ振り込みます。