

健康のために！禁煙にチャレンジしてみませんか！？

ー禁煙外来等助成事業のご案内ー

1 事業内容

地方職員共済組合沖縄県支部（以下「地共済」という。）の保健事業の一環として、地共済組合員の禁煙治療を促進するとともに、受動喫煙機会の減少を目指し、組合員の健康維持及び増進を図るため、医療機関等が実施する禁煙治療により禁煙を達成した組合員に対し助成を行います。

2 助成対象者

喫煙している組合員（任意継続組合員を除く）のうち、禁煙を希望する方。

3 助成要件

次のいずれかに該当すること。ただし、過去に当該助成金の交付を受けた者については助成対象としません。

- (1) 医療機関で禁煙外来治療を受け、禁煙治療を終了していること。
- (2) 沖縄県職員健康管理センターの指導を受け、3か月間禁煙の継続が呼気の一酸化炭素濃度測定で推定されていること。

4 助成対象経費

- (1) 禁煙外来治療にかかった費用。（保険適用の医療費及び薬代）
- (2) 市販の禁煙補助薬（ニコチンガム、ニコチンパッチ）の購入費用。

5 助成金額

助成する金額は、禁煙外来治療に要した受診料等（保険者負担を除く自己負担額）及び市販の禁煙補助薬の購入費用とし、助成上限額は10,000円とします。（10,000円以内の場合はその実費）

6 様式等

職員厚生課ポータルサイトに掲載しています。（裏面参照）

7 お問い合わせ

地方職員共済組合沖縄県支部 給付福利班 866-2127



禁煙外来等助成金 交付申請書

1. 治療を受けた組合員について太枠以外を記入してください。

組合員番号	氏名	職場名
.....	印 (tel)	
禁煙外来等治療実施機関名 (医療機関名 又は 沖縄県職員健康管理センター)		
治療開始日	令和 年 月 日	
治療終了日	令和 年 月 日	
禁煙外来等助成金 請求金額	※地共済処理欄	
	承認額	備考
	円	

< 注意事項 >

※助成金上限額は10,000円。自己負担額の総額が10,000円以上の場合は請求金額は10,000円とし、10,000円未満の場合はその実費額を請求金額とする。

※添付資料 (該当する資料を添付)

- (1) 禁煙外来の領収書 (原本) 及び処方された薬の領収書 (原本)
- (2) 市販の禁煙治療薬を購入した場合は、購入者氏名、薬品名、購入年月日、販売店等が記載された領収書 (原本)
- (3) 治療証明書 (原本) ※禁煙プログラム終了書等で治療終了が証明できる書類 (任意様式)
- (4) 卒煙証明書 (原本)

※治療終了前に組合員の資格を喪失した場合や治療を中断した場合は補助対象外です。

※沖縄県職員健康管理センターの指導による禁煙プログラムを終了しても、沖縄県職員健康管理センターの「卒煙証明書」がない場合は補助対象外です。

地共済收受欄

※地共済処理欄					
1. 予算額 (保健経理: 厚生費)	円	令和	年	月	日 交付
2. 執行済み金額	円	事務長	事務次長	班長	担当者・班員
3. 執行予定額	円				
4. 予算残額 (1-2-3)	円				