

禁煙チャレンジ連絡票

本連絡票は、「医療機関受診前」または「禁煙補助剤購入前」に提出すること。

1. 禁煙申請者

所属室部課店名（内線）	()			
保険証記号・番号	記号	70	番号	
氏名				

2. 喫煙の状況

喫煙年数	年 月
喫煙本数／日	本
喫煙年数×喫煙本数	

3. 禁煙方法（いずれかに「○」印のうえ、内容を記入してください）

<input type="checkbox"/>	禁煙外来	医療機関名：
<input type="checkbox"/>	禁煙補助剤	補助剤名：

4. 留意事項

- 禁煙外来治療で健康保険を適用する場合は次の条件があります。
 - ①直ちに禁煙をしようと考えていること
 - ②ニコチン依存症の判定テストで5点以上であること
 - ③1日の喫煙本数×喫煙年数が200以上であること
 - ④禁煙治療を受けることを文書により同意していること
- 禁煙補助剤は、その成分にニコチンを含むため、必ず、薬剤師のいる薬局で、薬剤師の説明・指導を受けて購入すること。

5. その他

- (1) 本連絡票は、写しを禁煙達成まで手元控えとして保管しておくこと。
- (2) 禁煙補助剤購入の証票としては、薬剤名、購入日、購入者名、薬局名等の明記と押印がされた領収書（若しくはレシート）の原本となります。
- (3) 領収書等が感熱紙の場合、印字が薄くなることなどがないように保管しておくこと。

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当

NO	
----	--

受付印