|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合　御中

郵送提出の場合

領収書・明細書は、全てホチキス留め

**禁煙治療支援プログラム申請書**

太枠内を記入のうえ提出ください。**「健保マイポータル」の登録が必要です。申請前に登録状況をご確認ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．申請対象者 | | 申請日 　　 **年 　月 　日** | |
| 申請者氏名 |  | 保険証等  記号－番号 | **-** |
| 社員番号 |  |
| 所属  会社 | □HPE　　□HPFS　　□HPI　　□DXC　　□MFE　　□任意継続 | | |
| 部署名 |  | Mailstop |  |
| Eメール |  | 連絡先 |  |

1. 確認事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 禁煙外来にて治療が全て（**12週間・5回**の受診）終了していますか？ | * はい | * いいえ   →終了後にまとめて申請ください |
| 過去に、当健保から「禁煙治療支援プログラム」の支給を受けたことが  ありますか？ | * いいえ | * はい   →支給額：上限1万円 |
| 同一の禁煙治療について、お住いの自治体等から  補助・助成金を受給した、または申請する予定がありますか？ （はいの場合、自己負担額から受給額を控除して支給します） | * いいえ | * はい   （自治体名：  受給額：　　　　　　　　　　円） |
| 領収書の額に禁煙外来**以外**の治療費が含まれていますか？  （はいの場合、自己負担額から該当の費用を控除して支給します） | * いいえ | * はい |
| 『[禁煙治療支援プログラム・Webアンケート](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=YSBbEGm2MUuSrCTTBNGV3DoHa7DqF_VFgzSRnV2QR5NURTZBM1VKQzVDWDRKVkdIRk9JTFRMOVhTNi4u)』に回答を登録済みですか？ | * はい | * いいえ   →アンケートに回答ください |

※領収書の内容について、医療機関に照会させていただく場合があります。

３．振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 |  | | | | | | | | 支店名 |  | |
| 銀行コード |  |  |  |  | 口座種別 | | | 普通 | 支店コード |  | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義　（カタカナ） | | |  | |

※口座名義は、申請者本人の名義に限ります。  
４．申請方法  
　　禁煙治療終了後、最後の受診日から3ヵ月以内に、以下①・②を郵送または、

WEBアンケート



申請専用メールアドレス[jpn\_kenpo\_shinsei@hpe.com](mailto:jpn_kenpo_shinsei@hpe.com)に提出してください。

1. **「禁煙治療支援プログラム申請書」**
2. **禁煙外来治療の医療機関/調剤薬局のすべての「領収書」及び「明細書」　（コピー可）**
3. [**WEBアンケート**](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=YSBbEGm2MUuSrCTTBNGV3DoHa7DqF_VFgzSRnV2QR5NURTZBM1VKQzVDWDRKVkdIRk9JTFRMOVhTNi4u)**に回答を登録　（紙の提出不要）**