

郵送提出の場合

領収書・明細書は、全てホチキス留め

常務理事	事務長	担当者

日本ヒューレット・パッカート健康保険組合 御中

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 記号一番号	-		
	社員番号			
所属 会社	<input type="checkbox"/> HPE <input type="checkbox"/> HPFS <input type="checkbox"/> HPI <input type="checkbox"/> DXC <input type="checkbox"/> MFE <input type="checkbox"/> 任意継続			
部署名	Mailstop			
Eメール	連絡先			

2. 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？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (自治体名: _____ 円) 受給額: _____ 円)
領収書の額に禁煙外来以外 ^{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)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
『 禁煙治療支援プログラム・Web アンケート 』に回答を登録済みですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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
口座番号		支店コード	
		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、
申請専用メールアドレス jpn_kenpo_shinsei@hpe.com に提出してください。

WEB アンケート



- 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](#)に回答を登録 (紙の提出不要)

提出先: (郵送) 〒136-8711 東京都江東区大島 2-2-1

日本ヒューレット・パッカート健康保険組合 禁煙担当宛

(mail) jpn_kenpo_shinsei@hpe.com