|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **常務理事** | **事務長** | **課長** | **担当** |
|  |  |  |  |

提出先：リコー三愛グループ健康保険組合

先：各社・事業所担当者　殿

**禁煙チャレンジ補助金支給申請書（禁煙ガム）**

**●対象となる方**

禁煙補助薬（禁煙ガム）を利用開始後、９ヶ月を経過した時点で禁煙を継続されている方

例：１月５日　ガム利用開始・・⇒１０月５日以降禁煙が続いている方

（過去に健保主催の禁煙プログラムに参加したが、禁煙に失敗された方も対象になります）

**●補助金支給額**

自費での禁煙ガム購入費用の７０％を補助します（補助金は８，０００円が上限となります）。

追加購入は初回申込み時のｗｅｂサイトではなく、お近くのドラッグストアー等で各自購入ください。

追加購入する禁煙ガムは効果を見出すためにも初回購入時と同じ「ニコチネルガム」を推奨します。

支払い方法は毎月末締め、翌月以降に会社を通して給与等にて支給します

**●申請方法**

本申請書にて必要事項を記載し領収書を添付の上、下記宛先迄送付ください。

メールでも受付ております。申請書と領収書の写真を添付し、下記Ｍaｉｌ先へ送付ください。

補助金申請受付は申し込み後11か月以内にお願いします。尚、**申請受付は２０２６年６月末迄**となります。

**●申請書類の送付先・問い合わせ先**

〒140-8665　東京都品川区南品川6-11-6　リコー三愛グループ健康保険組合 禁煙支援担当　宛

Tel ： 03-3740-4779

Mａｉｌaddress ： zjc\_kenkoshien@jp.ricoh.com

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 被保険者 | ①氏名 | | | | ②社員番号（8桁） | | | ③被保険者証の記号－番号 |
|  | | | |  | | |  |
| ④会社名 | | | | ⑤所属 | | | ⑥勤務地 |
|  | | | |  | | |  |
| ⑦電話番号 | 会社 | |  | | | 自宅／携帯 |  |
| ⑧禁煙を開始した日 （禁煙補助薬（禁煙ガム）利用開始日） | | | | | | ⑨申請金額（かかった費用の７０％：最大８０００円） | | |
| ２０２ 年　　　月　　　　日 | | | | | | 円 | | |
| ⑩領収書貼付欄 | | | 禁煙ガムを購入したことが解る領収証を添付してください  ※領収書が多い場合は纏めて裏面に貼り付けて下さい  電子メール等で申請の場合は領収書の写真を添付ください。  ※記載内容が判読できるようにお願いします。 | | | | | |
| 禁煙継続宣言 | | | 私は禁煙に成功しました。　　　　　　　　　　　　日付　２０２　年　　月　　　日  サイン | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **常務理事** | **事務長** | **課長** | **担当** |
|  |  |  |  |

提出先：リコー三愛グループ健康保険組合

先：各社・事業所担当者　殿

記入例

**禁煙チャレンジ補助金支給申請書（禁煙ガム）**

**●対象となる方**

禁煙補助薬（禁煙ガム）を利用開始後、９ヶ月を経過して時点で禁煙を継続されている方

　例：１月５日　ガム利用開始・・⇒１０月５日以降禁煙が続いている方

（過去に健保主催の禁煙プログラムに参加したが、禁煙に失敗された方も対象になります）

**●補助金支給額**

自費での禁煙ガム購入費用の７０％を補助します（補助金は８，０００円が上限となります）。

追加購入は初回申込み時のｗｅｂサイトではなく、お近くのドラッグストアー等で各自購入ください。

追加購入する禁煙ガムは効果を見出すためにも初回購入時と同じ「ニコチネルガム」を推奨します。

支払い方法は毎月末締め、翌月以降に会社を通して給与等にて支給します

**●申請方法**

本申請書にて必要事項を記載し領収書を添付の上、下記送付先まで送付ください。

メールでも受付けております。申請書と領収書の写真を添付し、下記Ｍaｉｌ先へ送付ください。

補助金申請受付は申し込み後11か月以内にお願いします。尚、**申請受付は２０２６年６月末迄**となります。

**●申請書類の送付先・問い合わせ先**

〒140-8665　東京都品川区南品川6-11-6　リコー三愛グループ健康保険組合 禁煙支援担当　宛

tel ：03-3740-4779

mａｉｌaddress：zjc\_kenkoshien@jp.ricoh.com

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 被保険者 | ①氏名 | | | | ②社員番号（8桁） | | | ③被保険者証の記号－番号 |
| 健保　太郎 | | | | 12345678 | | | 1234-12345 |
| ④会社名 | | | | ⑤所属 | | | ⑥勤務地 |
| 三愛健保 | | | | 統括センター | | | 大井町事業所 |
| ⑦電話番号 | 会社 | | 03-1234-5678 | | | 自宅／携帯 | 090-1234-5678 |
| ⑧禁煙を開始した日 （禁煙補助薬（禁煙ガム）利用開始日） | | | | | | ⑨申請金額（かかった費用の７０％：最大８０００円） | | |
| 202４年　1月　5日 | | | | | | 8,000円 | | |
| ⑩領収書貼付欄 | | | 禁煙ガムを購入したことが解る領収証を添付してください  ※領収書が多い場合は纏めて裏面に貼り付けて下さい  領収書  領収書  領収書  電子メール等で申請の場合は領収書の写真を添付ください。  ※記載内容が判読できるようにお願いします。 | | | | | |
| 禁煙継続宣言 | | | 私は禁煙に成功しました。　　　　　　　　　　　　日付　202４年　10月　10日  サイン 　健保　太郎 | | | | | |