|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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（禁煙パッチ）**

**●対象となる方**

禁煙補助薬（禁煙パッチ）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　パッチ利用開始・・⇒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**

禁煙が成功した方へ3000円を補助します

禁煙チャレンジ開始時は健保に在籍していても、**退職後の支給は不可**とします

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入のうえ、下記宛先までへ送付してください

メールでも受け付けております。下記、メールアドレス宛へお送りください。

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

**補助金申請の最終受付締め切り：2026年6月末**

**●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（禁煙パッチ）利用開始日） | | | | | | ⑨卒煙完了日 | | |
| ２０２ 年　　　月　　　　日 | | | | | | ２０２ 年　　　月　　　　日 | | |
| ⑩補助金額 | | | 3000円　　　　　　　　□支給　□不支給 | | | | | |
| ⑪禁煙継続宣言 | | | 私はニコチンパッチプログラム（２ヵ月間）を終了し、禁煙開始から９ヵ月以上禁煙を継続しています  　　　　　　　　　　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（禁煙パッチ）**

**●対象となる方**

禁煙補助薬（禁煙パッチ）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　パッチ利用開始・・⇒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**

禁煙が成功した方へ3000円を補助します

禁煙チャレンジ開始時は健保に在籍していても、**退職後の支給は不可**とします

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入のうえ、下記宛先までへ送付してください

メールでも受け付けております。下記、メールアドレス宛へお送りください。

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

**補助金申請の最終受付締め切り：2026年6月末**

**●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 | | | 1001-12345 |
| ④会社名 | | | | ⑤所属 | | | ⑥勤務地 |
| 三愛健保 | | | | 統括センター | | | 大井町 |
| 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（禁煙パッチ）利用開始日） | | | | | | ⑨卒煙完了日 | | |
| ２０２ 年　　12　月　　16　日 | | | | | | ２０２ 年　　9月　　18　　日 | | |
| ⑩補助金額 | | | 3000円　　　　　　　　□支給　□不支給 | | | | | |
| ⑪禁煙継続宣言 | | | 私はニコチンパッチプログラム（２ヵ月間）を終了し、禁煙開始から９ヵ月以上禁煙を継続しています  　　　　　　　　　　日付　２０２　年　9　月　18　　日  サイン　　　　健保　太郎 | | | | | |