|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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（禁煙サポート本）**

**●対象となる方**

**禁煙サポート本「頑張らずにスッパリやめられる禁煙（サンマーク出版）」**を自費で購入し、禁煙補助薬（禁煙

ガム）を利用開始後、9ヵ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**

**補助金支給対象の禁煙サポート本 ： 「頑張らずにスッパリやめられる禁煙（サンマーク出版）」**

**自費での本購入費用１５４０円（税込み価格　＊送料手数料等は補助金支給対象外）を健保より補助します。**

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（本購入費用に限る＊送料は自費） |
| ２０２ 年　　　月　　　　日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑩領収書貼付欄 | 禁煙サポート本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（禁煙サポート本）**

**●対象となる方**

**禁煙サポート本「頑張らずにスッパリやめられる禁煙（サンマーク出版）」**を自費で購入し、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**

**補助金支給対象の禁煙サポート本 ： 「頑張らずにスッパリやめられる禁煙（サンマーク出版）」**

**自費での本購入費用１５４０円（税込み価格　＊送料手数料等は補助金支給対象外）を健保より補助します。**

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 |
| 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（本購入費用に限る＊送料は自費） |
| 202４年　1月　5日 | 　　　　　　　　　　　　　　　１５４０円 |
| ⑩領収書貼付欄 | 禁煙サポート本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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |