

令和5年度 禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先) 札幌市職員共済組合理事長

禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、禁煙外来治療費助成金交付要領第5条の規定により関係書類を添えて申請及び請求します。

職員番号						申請者 氏名	
所属						電話	— ( )

助成対象経費 (保険適用の禁煙外来治療費)

診療年月日	医療機関へ支払った経費(本人負担分)	調剤薬局へ支払った経費(本人負担分)
・ ・	円	円
・ ・	円	円
・ ・	円	円
・ ・	円	円
・ ・	円	円
小計	(A) 円	(B) 円
助成対象金額 (C)	(A) + (B) 円	
交付申請金額 (D)	(C) と 10,000 円のいずれか低い額 ※100 円未満切捨て	
		0 0 円

※添付書類： ①禁煙外来治療に要した費用が確認できる領収書又は証明書  
②診療内容が確認できる診療(調剤)明細書

助成金振込先 ※申請者本人名義の口座を記入してください。

金融機関名	支店名	預金	口座番号	フリガナ 口座名義
銀行 信用金庫	本店 支店	当座 普通		

確認欄		医療給付係長	係	摘要	
令和 年 月 日					
共済組合決裁欄				交付年月日	令和 年 月 日
事務局長	課長	事業係長	係		
				交付金額	円

禁煙外来治療費助成事業は、令和5年度をもって終了となりますので、事業を利用される方は、提出期限を厳守ください。

なお、令和5年度と令和6年度にまたがる治療並びに令和5年度中に終了した治療の令和6年度に入ってから申請は助成対象になりませんのでご注意ください。

#### ◆注意事項◆

##### 【助成対象の範囲】

以下の条件を全て満たした方が対象になります。

○満20歳以上の札幌市職員共済組合の組合員本人

○保険適用による禁煙外来治療を受け、定められた治療過程を全て終了した方

○禁煙外来治療の初診日から最終診療日まで、札幌市職員共済組合の組合員であった方

※ 被扶養者、任意継続組合員、公立学校共済組合に加入している教職員（校長、教員、学校事務職員）、札幌市職員共済組合に加入していない再任用職員及び会計年度任用職員、札幌市職員共済組合に加入しているが、後期高齢者医療制度が適用となり、共済組合から保険証を発行されていない職員は対象外です。

##### 【申請方法】

○禁煙外来治療の全過程終了後に申請してください。

○申請書兼請求書の太枠内に必要事項を記入（押印不要）し、添付書類と一緒に、

**札幌市職員共済組合事業係（TEL211-2432）へ提出してください。**（庁内メール・郵送可）

※添付書類

①禁煙外来治療に要した費用が確認できる領収書又は証明書（コピー可）

②診療内容が確認できる診療（調剤）明細書（コピー可）

**※診療分と薬剤分それぞれについて、全ての領収書と明細書の提出が必要です。**

##### 【提出期限】

令和6年（2024年）3月29日（金）まで

##### 【助成金交付額】

10,000円とします。ただし、自己負担額が10,000円未満の場合は、その額とします。（100円未満切捨て）

##### 【助成金交付日】

毎月10日（当該日が土、日、祝日のときはその前の平日）まで申請があった分について審査し、交付決定通知書を送付します。

交付決定したものは、原則当月の末日（末日が土、日、祝日のときはその前の平日）に口座振込します。なお、審査に日数を要する等の理由により、翌月以降になる場合がありますので、ご了承ください。

年度末に申請があり交付決定したものは、翌月の20日前後に口座振込する予定です。

##### 【その他】

標準の禁煙外来治療プログラムは12週間（5回診療）とされていますが、治療の状況により、4回以下で治療過程がすべて終了する場合があります。

この場合も申請いただくことは可能ですが、申請後、治療過程が全て終了しているかについて、共済組合から医療機関へ確認させていただきますので、あらかじめご了承ください。