



健康保険組合では、禁煙したいあなたをサポートします。
禁煙への第一歩をふみだしませんか？



2022年度「禁煙 キャンペーン」ご案内

対象者 禁煙を希望する喫煙者（被保険者の方）



申込方法

参加申込書（別紙1）またはoutlookメールに必要事項を記入の上、健康保険組合へ提出し、チャレンジをはじめてください。



● **参加申込**〆切：2022年12月23日（金）まで

※ 禁煙宣言書（別紙2）を作成しましょう！申込書とともに送付ください。

※ 禁煙を見守り励ましてくれるサポーターを是非設定ください
社員でも、ご家族でも誰でもOKです！

（サポーターは必須ではありませんが、禁煙達成しやすくなります。

もちろん、お一人で気軽に始めたい方も、遠慮なくご参加下さい。）



実施方法

- ①医療機関を受診する（禁煙外来）、または、
- ②薬局で禁煙補助剤を購入する（禁煙パッチ・禁煙ガム等）

費用補助

禁煙に成功したかどうかにかかわらず、費用申請用紙（別紙3）に領収書を貼付し、費用申請期限までに健康保険組合へ送付して下さい。自己負担額の一部（上限 10,000円）を補助します。

● **費用申請**〆切：2023年2月24日（金）まで

その他

今年度は、過去に本キャンペーンに参加した方もリベンジ参加可能とします。
「再チャレンジをお考えの方も応援します！」

注：禁煙外来再受診は、診療報酬上前回の治療初診日から1年以上経過している必要があります。

お問い合わせ

住友ファーマ健康保険組合

TEL: 06-6203-5315 FAX: 06-6203-5352



SMPでは、喫煙者ゼロに向けて、喫煙率を毎年2ポイントずつ減らすことを目指しています。

SMP「健康宣言」 具体的な取り組み →



2022年度「禁煙キャンペーン」参加申込書

出力の上、下記枠内にもれなくご記入ください。
できれば、次ページの「禁煙宣言書」を申込書とともに送付ください。

記入日：2022年 月 日

勤務先	会社名
保険証No.	記号 番号
フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
実施内容	<input type="checkbox"/> 医療機関受診 <input type="checkbox"/> 薬局での禁煙補助剤購入

申込方法

社内メール： 住友ファーマ大阪本社 住友ファーマ健康保険組合 宛
郵 送： 〒 541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8
F A X： 06-6203-5352 住友ファーマ健康保険組合
E-mail： kenpo@sumitomo-pharma.co.jp
(上記必要事項をメール本文中へ記載いただくことでもOKです)

参加申込〆切

2022年12月23日(金)

※ お申込みいただいた方の個人情報は、禁煙キャンペーン実施のため、禁煙に関するご連絡やアンケートを送付する等の目的で使用させて頂くことがあります。個人情報は、外部に漏洩しないように厳重に管理します。

キャンペーンの内容に関するお問い合わせ

住友ファーマ健康保険組合
TEL: 06-6203-5315 FAX: 06-6203-5352

禁煙宣言書

私、(ご本人) _____ は、

禁煙を開始することを宣言いたします。

年 月 日

私の禁煙したい理由は・・・

-
-
-

です。

※身近な方（ご家族・友人・部署の方）で、応援や見守りに協力していただけそうな方がいらっしゃいましたら、ぜひお声かけいただき、下記ご記入をお願いします。（必須ではありません）

私、(サポーター) _____ は、

禁煙を応援します。

メッセージ（応援のメッセージを一言お願いします）

☆サポーターの方へ☆

禁煙はとてもエネルギーの必要なことです。あたたかな見守りとお声かけをお願いします。

みなさんの励ましが力になります。

2022年度「禁煙キャンペーン」費用申請用紙

- ★ 対象者：禁煙を希望する喫煙者（被保険者のみ）
- ★ 費用申請期限：2023年2月24日（金）必着
- ★ 費用の支払い：2023年3月または4月の支払給料に合算して支給

記入日：20 年 月 日

勤務先	会社名		
保険証No.	記号	番号	
フリガナ			
氏名			
生年月日	年	月	日
実施内容	<input type="checkbox"/> 医療機関受診 <input type="checkbox"/> 薬局での禁煙補助剤購入		
領収書合計金額 (費用補助は上限 10,000円)			円

※ お申込みいただいた方の個人情報は、禁煙キャンペーン実施のため、禁煙に関するご連絡やアンケートを送付する等の目的で使用させて頂くことがあります。個人情報は、外部に漏洩しないように厳重に管理します。

提出に関する注意事項

- ① 提出方法は、直接持参、社内メール、または郵送です。
- ② 申請用紙に禁煙治療等の領収書金額を記入し、領収書は申請用紙の裏面に貼付して下さい。
※ 領収書は、被保険者の支払いと禁煙外来・禁煙補助剤等の内容が明記されているものに限り、コピーは不可です。
- ③ 費用補助の上限は1人10,000円です。
※ 領収書に診察料金等が記載されている場合は、それも含めます。
今年度中の費用補助は対象者1人1回のみです。
- ④ 費用補助は、禁煙に成功したかどうかにかかわらず実施します。

提出先

社内メール： 住友ファーマ大阪本社 住友ファーマ健康保険組合
郵 送： 〒541-0045 大阪府中央区道修町2-6-8