

禁煙補助薬購入助成申込書

【禁煙補助薬購入助成概要】

禁煙補助薬を使用した約8週間の禁煙チャレンジのきっかけとして、禁煙補助薬6週間分の購入費用の一部を助成します。

なお、7週間目以降の禁煙補助薬の購入は全額自己負担となります。

- 1 申込受付期間 令和4年7月1日（金）から令和4年7月29日（金）
- 2 購入・使用期間 令和4年9月1日（木）から令和4年12月31日（土）
※購入者ご自身が委託業者の専用WEBサイトにログインし、薬剤師による問診後、購入・使用開始となります。
※約8週間の禁煙チャレンジですが、禁煙状況や体調等により途中で終了しても構いません。
- 3 申込資格 習慣的に喫煙している組合員（任意継続組合員を除きます。）
※前年度購入申込者は申込みできません。
- 4 禁煙補助薬 ニコチネルパッチ 20 STEP1 14枚入（2週間分）
- 5 自己負担額 最大3,000円（その他の費用は共済組合が負担します。）
※禁煙補助薬（2週間分）を自己負担額1,000円で購入でき、最大で6週間分（自己負担額3,000円）を購入できます。
- 6 申込方法 下段の「禁煙補助薬購入助成申込書」に必要事項を記入のうえ、共済事務担当課へ提出してください。
後日、禁煙補助薬購入に係る詳細について、「案内文」を所属所経由で送付します。

禁煙補助薬購入助成申込書				
所属所名				
組合員証 記号番号	—	組合員氏名		
生年月日	S H	年 月 日	喫煙歴	約 年

〈お問い合わせ先〉

茨城県市町村職員共済組合医療健康課（健康増進係）

電話：029-301-1413