

# 禁煙サポート事業 エントリーシート

(令和3年度用)

西日本パッケージング健康保険組合 理事長 様

私は、禁煙活動により『卒煙』にチャレンジすることをここに宣言し、禁煙サポート事業にエントリーします。

令和 年 月 日 宣言

※この「禁煙サポート事業 エントリーシート」を先に提出してください。  
補助金は、「卒煙」申告書にて請求できます（禁煙外来コースのみ）。

チャレンジャー				
事業所名			区分	被保険者・被扶養者
被保険者証番号	—	氏名		
日中連絡が取れる電話番号	会社:		自宅または携帯:	
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 年齢 歳

チャレンジ内容	
コース (いずれか1つを選択)	<input type="checkbox"/> 禁煙外来(通院、約3か月) + 自力で90日(3か月)禁煙 (補助金は1回限り) <input type="checkbox"/> スマホで禁煙(6か月) (asure(アスキュア)卒煙プログラム 株式会社キュア・アップ) (令和3年度までの事業)
チャレンジ開始日	令和 年 月 日 (注) 「禁煙外来」コースは初診日、「スマホでの禁煙」は、初回面談日を記入してください。
『卒煙』予定日	令和 年 月 日 ごろを目標 (注) 「禁煙外来」コースは、初診日から6か月後の日を、 「スマホで禁煙」コースは、初回面談日から6か月後の日を設定してください。

支援者		
上記のチャレンジャーが『卒煙』する意志があることを確認したので、6か月間の禁煙活動を経て『卒煙』するように、温かく支援することを約束します。		
氏名	印	
チャレンジャーとの関係	被保険者の場合：会社の上長・同僚・その他( ) 被扶養者の場合：被保険者(被保険者以外は不可)	いずれかに○をつけてください

事業主確認欄	
※チャレンジャーが被扶養者の場合は、記入は不要です。	
被保険者が、禁煙活動により『卒煙』にチャレンジすることを確認しましたので、事業主として支援します。	
確認年月日	令和 年 月 日
事業所名称	
事業主名	印

※健保組合 決裁欄

常務理事	事務長	課長	係長	保健師	担当

受付印

# 禁煙サポート事業 エントリーシート 裏面

## 対象者と条件

- 1 対象者 : 完全禁煙を望む当健康保険組合の被保険者と被扶養者
- ・ エントリー時と『卒煙』申告書提出時、当健保組合に加入している
  - ・ 『卒煙』(禁煙)を希望する方  
(タバコの本数を減らす減煙目的や電子タバコ・加熱式タバコを続けたい方は参加できません)

### 2 「禁煙外来コース」の条件

- (1) 過去に、「禁煙サポート事業」の「禁煙外来コース」の補助金を受けていない  
(令和2年度の新しい事業のため、令和2年度は全員対象となります)
- (2) 禁煙外来治療の保険診療適用条件を満たす(①から④の条件を全て満たすこと)
- ① 患者自らが禁煙を望む
- ② ニコチン依存症診断用のスクリーニングテスト(TDS)の結果が5点以上(ニコチン依存症)

ニコチン依存症診断テスト TDS(Tobacco Dependence Screener)		はい (1点)	いいえ (0点)
Q1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまいましたか。		
Q2	禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありますか。		
Q3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなることがありましたか。		
Q4	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のどれかがありましたか。 イライラ・眠気・神経質・胃のむかつき・落ち着かない・脈が遅い・集中しにくい ・手のふるえ・ゆううつ・食欲または体重増加・頭痛		
Q5	上の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。		
Q6	重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
Q7	タバコのために自分に健康問題が起きていると分かっているのに、吸うことがありましたか。		
Q8	タバコのために自分に精神的問題が起きていると分かっているのに、吸うことがありましたか。		
Q9	自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。		
Q10	タバコが吸えないような仕事や付き合いを避けることが何度かありましたか。		
合計			点

- ③ 35歳以上の方は、ブリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上

1日の平均喫煙本数  本 × これまでの喫煙年数  年 = 200以上

※2016年4月より35歳未満には禁煙指数の要件がなくなりました。

- ④ 禁煙治療について説明を受け、その禁煙治療を受けることを文書により同意している

※ 最終的なニコチン依存症の診断は医師が行います。健康保険等の適用が可能かどうかは医療機関で確認してください。

- (3) 禁煙外来を5回受診(12週)後、90日間自力で禁煙を行う。
- (4) 『卒煙』成功時の補助金は、禁煙外来自己負担額に対して、10,000円を上限とします。  
10,000円未満は、その額とします。なお、禁煙外来での自己負担額はおおよそ20,000円です。

### 3 「スマホで禁煙コース」の条件

- ・健康保険組合連合会が全額補助・支援を行う「組合運営サポート事業」の一環として「禁煙サポート事業」を実施。
- ・令和3年度は、先着2000名が参加可能(全体で156健保組合が参加しての共同事業です)。
- ・スマートフォンのアプリケーションを利用できる方(PCやタブレットは利用できません)。
- ・実施業者は、株式会社 キュア・アップ。
- ・詳しくは、当健保組合の案内チラシをご覧ください。