

## 蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、蒲郡市国民健康保険条例（昭和34年蒲郡市条例第6号）第9条の規定に基づき、蒲郡市国民健康保険被保険者（以下「被保険者」という。）の疾病予防及び健康保持を図るため、公的医療保険が適用される禁煙外来治療に要する費用（薬剤費を含む。以下「禁煙外来治療費」という。）の一部を助成することについて、蒲郡市補助金等交付規則（昭和38年蒲郡市規則第17号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金（以下「助成金」という。）の交付の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる事項のいずれにも該当するものとする。

- (1) 公的医療保険が適用となる禁煙外来治療の条件を満たしていること。
- (2) 禁煙外来治療期間中において、被保険者の資格を有すること。
- (3) 第6条の規定による交付申請をする日（次号において「申請日」という。）の当該年度において、公的医療保険が適用となる禁煙外来治療ができる指定の医療機関で治療を行い、原則12週間にわたる計5回の禁煙治療を完了し、自己負担額を支払っていること。
- (4) 当該年度以前に本市から禁煙外来治療費の助成を受けていないこと。
- (5) 申請日の当該年度において、特定健康診査を受診していること。
- (6) 申請日において、助成対象者の属する世帯の世帯主及び被保険者に係る国民健康保険税その他の市税の滞納がないこと。

(助成対象経費)

第3条 助成金の対象となる経費は、禁煙外来治療費のうち、対象者が支払った自己負担額とする。

(助成金の額)

第4条 助成金の額対象者が支払った自己負担額とする。ただし、2万円を上限とする。

(事前の届出)

第5条 助成金の交付を受けようとする対象者は、禁煙外来治療を開始する前に、蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成事業事前届出書（第1号様式。以下「事前届出書」という。）を市長に提出しなければならない。

2 事前届出書の提出期限は、当該年度の11月末日までとする。

（交付申請）

第6条 事前届出書を提出した者で、禁煙外来治療における治療過程が完了したものは、蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付申請書（第2号様式）及び禁煙外来治療費の支払い領収書を市長に提出しなければならない。

2 前項に規定する交付申請は、禁煙外来治療の過程が完了した日の属する月の翌月末日までに行うものとする。

（交付決定等）

第7条 市長は、前条第1項の規定による申請があったときは、その内容の審査等を行い、助成の適否について蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付決定通知書（第3号様式）又は蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成不承認決定通知書（第4号様式）により速やかに当該申請を行った者に通知しなければならない。

（助成金の支払い）

第8条 市長は、前条の規定により助成金の交付を決定したときは、当該交付の決定を通知した日の属する月の翌月末日までに、当該交付の決定を受けた者に助成金を交付するものとする。

（実績報告及び助成金額の確定）

第9条 規則第13条の規定による実績報告及び規則第14条の規定による助成金の額の確定通知については、第6条第1項の規定による交付申請及び第7条の規定による交付の決定の通知をもってなされたものとみなす。

（不正利得の返還）

第10条 市長は、偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けた者がいるときは、その助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（証拠書類等の保管）

第11条 助成金の交付を受けた者は、交付申請及び交付決定に関する証拠書類を交付の決定を受けた日の属する年度の終了後5年間保存しなければならない。

（雑則）

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和元年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年12月28日から施行する。



蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成事業事前届出書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

申請者 住所 蒲郡市  
(受診者) 氏名  
電話

蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成交付要綱に基づき、下記のとおり  
事前届出いたします。

記

1 受診予定医療機関名 \_\_\_\_\_

2 受診予定時期 \_\_\_\_\_ 年 月頃

3 確認事項

(1) 裏面の「ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト」は 何点ですか。 ※5点未満は禁煙外来治療対象外です	点
(2) 1日の喫煙本数×喫煙年数（ブリンクマン指数）はいくつ ですか。 ※ 200未満は禁煙外来治療対象外です	1日 _____ 本 喫煙年数 _____ 年 指数 _____
(3) 禁煙外来治療に悪影響を受けると思われる薬剤（抗うつ剤、 睡眠剤、精神安定剤など）の服用歴や不眠や精神的な症状や こころの病気がありますか。	はい いいえ
(4) 現在治療中の方は、主治医に禁煙外来治療の許可を得てい ますか。 ※許可を得ていない場合は、主治医へご相談ください	はい いいえ
(5) 禁煙外来治療を完了せず、中断した場合は助成金の請求が できないのでご了承下さい。	はい
(6) 禁煙外来治療中又は治療後に市保健師が状況確認などのた め、ご本人又は受診医療機関に問い合わせることがあります のでご了承下さい。	はい

同 意 書（署名または記名押印）

助成金対象者であることを確認する必要があるときは、私及び私の世帯に属する  
被保険者全員の国民健康保険税その他の市税の納付状況、過去の助成金交付等につ  
いて、市が確認事務を行うことに同意します。

世帯主 氏名

## 禁煙外来治療受診条件



健康保険で禁煙治療を受けるためには、4つの条件を満たしている必要があります。自己チェックしてみましょう！

- 条件① 現在たばこを吸っていて、ただちに禁煙しようと考えている
- 条件② ニコチン依存症の診断テスト（下表）の結果が5点以上である
- 条件③ 医療機関で禁煙治療の同意書に署名を求められることに同意する
- 条件④ 35歳以上の者については、1日平均喫煙本数×喫煙年数が200以上である  
例）1日平均喫煙本数20本で30年間吸っている場合、20本×30年間=600と計算

### ~~~~~ニコチン依存症の診断テスト~~~~~

質問項目		はい (1点)	いいえ (0点)
1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまいましたか。		
2	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したか。		
3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、たばこがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
4	禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。 (イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
5	4でうかがった症状を消すために、またたばこを吸い始めることがありましたか。		
6	重い病気にかかったときに、たばこ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。		
7	たばこのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
8	たばこのために自分に精神的問題 <sup>注)</sup> が起きているとわかっているのに吸うことがありましたか。		
9	自分はたばこに依存していると感じることがありましたか。		
10	たばこが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。		
<sup>注)</sup> 禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状（いわゆる禁断症状）ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。		合計	点

第2号様式（第6条関係）

蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付申請書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

申 請 者 住 所 蒲 郡 市  
 ( 受 診 者 ) 氏 名  
 電 話

蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条第1項の規程に基づき下記のとおり関係書類(禁煙外来治療費に要した費用が確認できる領収書)を添えて申請します。

記

受診者	フリガナ									
	氏名									
	生年月日・年齢	年 月 日 ( 歳 )								
世帯主の氏名・続柄		(世帯主との続柄 )								
被保険者記号番号		—								
受診医療機関名										
調剤薬局名										
治療期間及び受診日	医療機関への支払額 (円)	調剤薬局へ支払額 (円)								
1回目( 月 日)										
2回目( 月 日)										
3回目( 月 日)										
4回目( 月 日)										
5回目( 月 日)										
小計	(A)	(B)								
助成対象額 (A) + (B)	(C) 円									
助成申請額 (C)と20,000円の いずれか低い額	円									
振込口座		種目	口座番号							
信用金庫 銀行 農協 店		普通 当座 ( )	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
口座名義人 (フリガナ)										

蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付決定通知書

様

年 月 日

蒲 郡 市 長



年 月 日付で申請のあった蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金の交付については、蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費用助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり決定します。

記

助成者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）
世帯主の氏名・続柄		（世帯主との続柄 ）
被保険者記号番号		—
助 成 額		円
支 払 予 定 日		年 月 日

蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成不承認決定通知書

年 月 日

様

蒲 郡 市 長



年 月 日付で申請のあった蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金の交付については、蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費用助成金交付要綱第7条の規定に基づき、次の理由により承認しないことといたしましたので、通知します。

不 承 認 の 理 由