

※健保組合記入欄

(提出は、初回禁煙外来受診後一週間以内に)

事務長	課長	担当者	申込受付年月日

禁煙チャレンジ申込書 (禁煙宣言書)

【禁煙宣言者記入欄】

私は現在、1日約 _____ 本のタバコを吸っていますが、
 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日より禁煙することをここに宣言
 します。 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名	
被保険者証記号・番号	—
被保険者氏名	
生年月日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

【禁煙見届け人記入欄】

上記の宣言者は、現在タバコを吸っていますが、禁煙する
 意思のあることを証言し、禁煙達成を応援いたします。

事業所名	
禁煙見届け人 (禁煙応援者)氏名	
所属役職名	
禁煙宣言者との関係 (○してください。)	健康保険担当者・直属上司

※ 注意事項

- 「禁煙チャレンジ(禁煙宣言者)」は、被保険者のみとします。
(任意継続者は除きます。)
- 禁煙外来を実施している医療機関において健康保険適用条件に該当し、禁煙治療プログラムに取り組んでいただくことを原則としております。
- 禁煙見届け人は、健康保険担当者、又は職場の直属上司に限らせていただきます。
(家族は除きます。)