

(様式①)

(初回禁煙外来治療受診後10日以内に提出)

しんくみ東海北陸健康保険組合 理事長 殿

禁煙宣言書(禁煙サポート事業)

私は、禁煙外来治療による『卒煙』にチャレンジすることを、ここに宣言し、エントリーいたします。

【禁煙宣言者記入欄】

事業所名		支店名	
保険証記号番号	-		
禁煙宣言者氏名 (自署)			
生年月日	昭和 平成	年	月 日

禁煙開始日

禁煙開始日(*1)	令和	年	月 日
卒煙予定日(*2)	令和	年	月 日

(*1) 禁煙開始日は、医療機関にて決定し禁煙宣言書にサインした日付を記入してください。

(*2) 卒煙予定日は、禁煙開始日より6か月後としてください。

【支援者記入欄】

上記の者は、現在タバコを吸っていますが、禁煙する意思があることを証言し、禁煙達成を支援します。

_____さんの、卒煙達成を支援します。

支援者氏名(*3) (禁煙見届け人)	
-----------------------	--

(*3) 支援者(禁煙見届け人)は、ご家族や職場上長・同僚・健康保険担当者の方に記入してもらってください。

【その他】

- ・治療方針については、担当医師の指導に従うようお願いします。
- ・エントリー状況は、事業所の健康保険担当者と共有させていただきます。
- ・「しんくみ東海北陸健康保険組合が禁煙外来(保険適用の治療)の費用を一部補助します！」を必ずお読みいただき、ご了承いただいた上でエントリーください。