

(※医療機関独自の証明書があればそちらでも可能です。コピーを添付してください。)

しんくみ東海北陸健康保険組合 理事長 殿

禁煙外来治療 終了証明書

次の者が、保険適用の禁煙外来治療（通院および服薬）を終了し、禁煙を達成したことを証明します。

受診者氏名	
保険証記号番号	-
生年月日	昭和 平成 年 月 日
治療開始年月日	令和 年 月 日より
治療終了年月日	令和 年 月 日まで

証明日 令和 年 月 日

医療機関

名称

所在地

医師名

印