

## 禁煙外来治療補助エントリーシート

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、エントリーします。

氏名	
健康保険証	記号：                      番号：
事業所名/所属部署	
日中連絡がとれる電話番号	

### 1.禁煙開始日

禁煙開始日	R    年    月    日
卒煙予定日	R    年    月    日

※卒煙予定日は、禁煙開始日から6か月後としてください。

※補助金の申請は、上記期間内、当健保に加入していることが条件です。

### 2. \_\_\_\_\_さんの、卒煙達成を支援します。

支援者氏名	
-------	--

※支援者は、ご家族や職場上司・同僚など、「禁煙宣言書」と同一の方に記入してもらってください。

★治療薬の使用については、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、事業所と共有させていただきますので、ご了解願います。

共有を望まれない方は、その旨を本シートに記載ください。

〈健保組合決裁欄〉					受付
常務理事	事務長	部長	課長	係	