

常務理事	事務長	担当者

## 禁煙サポート制度利用申込書

禁煙サポート制度の利用を申し込みます。

申込日：平成 年 月 日

<b>希望のコース</b>	( )	希望のコース ( ) に○印を記入して下さい。 (医療機関名) 受診する医療機関が決定している場合 TEL 職場と自宅、どちらの近くがよろしいですか？ ⇒ ( 職場 ・ 自宅 ) 受診する医療機関が未定の場合 何曜日の何時頃を希望されますか？ ⇒ ( 曜日 時頃 )	( )	<b>②</b>	教材の郵送先 希望に ○印を記入して下さい ( ) ( ) 職 自 場 宅
	<b>① 禁煙外来</b>	<b>らくらく禁煙</b>	<b>コンテンツ</b>		
①+② の併用も可能です。 禁煙に成功された方には、15,000円までの実費分が補助金として支払われます。 ただし、過去に成功し補助対象者となられた方は、その後3年間は補助対象とはなりません。					
ふりがな		男・女	歳	被保険者証	
氏名				記号	番号
所属事業所・部署名					
職場TEL			職場FAX		
職場Eメールアドレス					
自宅住所 〒					
自宅TEL			自宅FAX		
自宅Eメールアドレス					
職場・自宅以外での希望の連絡先等があればご記入下さい				健康保険組合受付印	

【提出は、禁煙スタートから 10 日以内】

# 禁煙チャレンジ宣誓書

私は現在、1日約\_\_\_\_\_本のタバコを吸っていますが、今回、伊藤ハム健康保険組合主催の禁煙サポート制度（\_\_\_\_\_コース）にチャレンジし、平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から禁煙することを誓います。

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

被保険者証〔記号\_\_\_\_番号\_\_\_\_〕

宣誓者氏名：\_\_\_\_\_印

-----

上記の人は、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ます。（証人は2名必要）

証人 1

住所：

電話：（ ）

名前：\_\_\_\_\_印

本人との関係：

証人 2

住所：

電話：（ ）

名前：\_\_\_\_\_印

本人との関係：