

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：平成〇〇年 〇月 〇日

希望のコース	(〇)	希望のコース () に〇印を記入して下さい。 (医療機関名) 〇〇クリニック TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	()	教材の郵送先 希望に 〇印を記入して下さい
	① 禁煙外来	受診する医療機関が決定している場合 受診する医療機関が未定の場合	② コンテスト らくらく禁煙	() () 職 自 場 宅
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	けんぼ たろう	男・女	〇〇 歳	被保険者証
氏名	健保 太郎	(男)・女	〇〇 歳	記号 〇〇 番号 〇〇〇〇〇
所属事業所・部署名 〇〇〇〇〇				
職場TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		職場FAX 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
職場Eメールアドレス 〇〇〇〇@itoham.co.jp				
自宅住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇				
自宅TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		自宅FAX 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
自宅Eメールアドレス 〇〇〇〇@〇〇〇〇				
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 〇〇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（〇〇〇〇 コース）に
チャレンジし、平成〇〇年 〇月 〇日から禁煙することを誓います。

平成〇〇年 〇月 〇日

被保険者証〔記号 〇〇 番号 〇〇〇〇〇〕

宣誓者氏名：健保 太郎 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：〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇

電話：〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

名前：〇〇 〇〇 印

本人との関係：〇〇

証人 2

住所：〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇

電話：〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

名前：〇〇 〇〇 印

本人との関係：〇〇