

常務理事	事務長	係

整理No. _____

禁煙外来補助制度利用申込書

神鋼商事健康保険組合 御中

下記の通り申し込みます。

利用申込者名				被保険者		
				記号		番号
事業所名						
部署名				TEL	()	
自宅住所	〒 ー					
				TEL	()	
喫煙年数		年	現在の喫煙本数			本/日
今までの禁煙挑戦回数	初挑戦	・	今までに			回位
<p>年 月 日</p> <p>私は、禁煙外来補助制度を利用し、禁煙にチャレンジします。</p> <p style="text-align: right;">自筆署名 _____ 印</p>						

【注意事項】

- ・禁煙外来補助制度について、保険適用の禁煙治療対象に該当しなかった方や、自由診療による禁煙治療は対象とはなりません。
- ・禁煙外来補助制度について、過去に医療機関で外来禁煙治療を行ったことのある方は、治療開始日から1年間は再受診することはできません。

※お申込みの個人情報は、主催者、事務局を含め、健康保険組合が行う本健康管理事業の目的のみ使用し正当な理由なしに他の目的では使用いたしません。

健康保険組合受付印

