

整理No. _____

常務理事	事務長	係

禁煙サポート 利用申込書

下記の通り申し込みます。

利用申込者				保険証	
会社名		記号		番号	
部署名		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
	禁煙外来	受診開始予定	年	月	
年 月 日					
私は、禁煙サポート制度を利用し、禁煙にチャレンジします。					
自筆署名 _____					

- ※ 治療の終了(卒煙または残念ながら禁煙の断念)後、領収書を全て提出していただきますので、大切に保管しておいて下さい。
- ※ お申込みの個人情報は、健康保険組合が行う本健康管理事業の目的のみに使用し、正当な理由なしに他の目的では使用いたしません。



詳細は蝶理健康保険組合HPまたは蝶理健康保険組合まで

蝶理健康保険組合