

(提出は、初回禁煙外来受診10日前までに)

禁煙外来補助金申込書 (禁煙宣言書)

【禁煙宣言者記入欄】

私は現在、1日約 _____ 本のタバコを吸っていますが、
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日より禁煙することをここに宣言
します。 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名	
被保険者証記号・番号	3 _ _ _ _
被保険者氏名	
生年月日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

【禁煙見届け人記入欄】

上記の宣言者は、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、禁煙達成を応援いたします。

事業所名	
禁煙見届け人 (禁煙応援者)氏名	
所属・役職名	
禁煙宣言者との関係	直属上司・健康管理者 (該当するものに○)

※ 注意事項

- 上記補助金の対象者は、被保険者のみです。(任意継続者は除きます。)
- 禁煙外来を実施している医療機関において健康保険適用条件に該当し、禁煙治療プログラムに取り組んでいただくことを原則としております。
- 禁煙見届け人は、職場の直属上司または、健康管理者に限ります。(家族は除きます。)
- 禁煙外来補助金申込みは1人につき1回限り有効です。今回禁煙を達成できなかった場合、再度補助金申込(禁煙宣言)することは出来ません。

受付印

東洋水産健康保険組合

理事長	常務理事	事務長	担当者