

健康保険組合行(FAX:03-5565-6385)
(またはメール添付でも構いません)

禁煙申込書

私は、申込日より2週間以内に禁煙に取り組めます。
申込月の翌月より3カ月間、禁煙進捗状況を支援者と共有します。

禁煙理由：

【禁煙対象者】

____年 ____月 ____日

所 属 _____

氏 名 _____



上記の者が、禁煙に成功するように支援します。
申込月の翌月より3カ月間、禁煙対象者の禁煙進捗状況を健康保険組合へ報告します

【支援者】 所 属 _____
※支援者は1名とします。

氏 名 _____

(健保組合確認印)		
常務理事	事務長	担当者