

健康保険組合行(FAX:050-3535-9413)

(またはメール添付でも構いません kenpo@sedia-system.co.jp)

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。

申込月の翌日より3カ月間、禁煙進捗状況を支援者と共有します。

※禁煙ガム、パッチ等の医薬品は、薬機法で転売が禁じられているので、不要になった医薬品は転売しません。

禁煙理由：

【禁煙対象者】

____年 ____月 ____日

所 属

社員番号

氏 名



上記の者が、禁煙に成功するように支援します。

申込月の翌日より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

社員番号

氏 名

※支援者は1名とします。

(健保組合確認印)

常務理事	事務長	担当者