# 

※ 申込受付期間

H27 11/1~11/30

🔭 コンテスト実施期間

H27 H28 **12/18~1/28** 

# 通信制の6週間禁煙プログラム

「タバコをやめたいのにやめられない」とあきらめてはいませんか。禁煙には "意志" だけでなく禁煙する "技術" を身につける必要があります。らくらく禁煙コンテストは禁煙準備期間と完全禁煙期間に分けることで 禁煙に対する正しい知識と技術を身につけてから禁煙を開始していただくプログラムです。



# 禁煙成功者の認定

4週間の禁煙に成功し、3回のレポートを提出された方を成功者として認定。 禁煙成功者全員に「禁煙成功者証(記念品付)」を贈呈します! さらに、抽選で旅行券等の記念品を贈呈します。 ※当選発表は記念品の発送をもって代えさせていただきます。 ■らくらく禁煙コンテスト (参加者専用サイト)
URL https://rakuraku-kinen.jp/

■ S く S く 禁煙 (禁煙情報ポータルサイト)
URL http://nonsmoking-club.jp/

主催/公益財団法人 日本対がん協会 共催/伊藤ハム健康保険組合

# 「禁煙サポート制度」をご利用ください!

健康保険組合では、禁煙に挑戦しやすいように『禁煙サポート制度(補助金制度)』 を実施しております。

# 1.禁煙外来コース

ご都合の良い時に、お近くの禁煙外来を受診して、 禁煙治療薬を使いながら禁煙にチャレンジできます。

随時受付しています。

# 2.らくらく禁煙コンテストコース

### 第36回らくらく禁煙コンテストの参加者を募集します。

「らくらく禁煙コンテスト」とは・・・?

"楽しく・賢く禁煙しよう"をモットーに、禁煙を希望する方々に対して6週間にわたる 通信制の禁煙プログラムを用いて、禁煙を支援するものです。

禁煙準備期間(第1~2週目) 完全禁煙期間(第3~6週目)

郵送される教材を用い、禁煙にチャレンジします。郵送もしくは Web でも参加できるので どこにいても参加可能です。

- ① 募集対象 伊藤ハム健康保険組合の被保険者·被扶養者で、禁煙したいと思っている喫煙者
- ② 応募方法 「禁煙サポート制度利用申込書」に必要事項を明記の上、社内便·FAX· Eメールなどの方法にて健康保険組合へお申し込みください。

※11月30日(月)必着

③ 参加料 5,000円

成功された方は、後日申請により健康保険組合が全額補助します。

(失敗された方は自己負担となります。)

さらに、禁煙成功者には健康保険組合から記念品を贈呈します。

上記のとおり2つのコースがあります。1つのコースのみでも、コースを組み合わせてでもご参加いただけます。禁煙に成功した場合、上限 15,000 円までの補助金(実費分)の支給に加えて、記念品を贈呈いたします。積極的にご利用ください!!

☆利用するにあたっての注意事項などは、健康保険組合ホームページに掲載しておりますのでご覧ください。

\*いずれのコースに申し込まれる場合も、「利用申込書」に必要事項を記入し、社内便・FAX・ Eメールなどの方法で、健康保険組合へご提出ください。

## お申し込み・お問合せは・・・ 健康保険組合 へ

TEL:078-846-2286 FAX:078-851-1781 E-mail:jnkenpo@itoham.co.jp

#### 禁煙サポート制度利用申込書

申込日:平成 年 月 日

被保険者証		被保険者氏名	所属部署	
記号	番号		が 偶 の 者	

対象者氏名 続柄		希望のコースに○をつけてください	
		① 禁煙外来コース	
		② らくらく禁煙コンテストコース	

#### 《各コースの内容説明》

①禁煙外来 (随時受付しています)

薬を利用してお医者さんのサポートを受けながら禁煙する方法です。依存度の高い方や過去に禁煙に トライしたものの断念してしまった方におススメです。

②らくらく禁煙コンテスト (申込期限までにご提出ください)

いきなり禁煙に挑戦するのではなく、最初の2週間は禁煙に向けての準備として、タバコの被害や禁煙の重要性について学び、それに続く4週間は完全に禁煙するという通信制のプログラムです。

#### 《費用について》

- ①禁煙外来は、通常3ヶ月程度の通院治療(保険診療)で平均して約15,000円前後かかります。
- ②「らくらく禁煙コンテスト事務局」に参加料 5,000 円を郵便振替で指定口座にお振込みいただきます。

#### 《補助について》

禁煙に成功された方には、15,000円を上限に実費の補助をします。

さらに、禁煙達成後1ヶ月以上継続中であれば記念品を進呈します。

#### 《申込書到着後のご連絡先について》

今後の実施手順等について後日ご連絡いたしますので、その際の希望連絡先をご記入ください。

	TEL	FAX	メールアドレス
口 自宅			
□ 勤務先			
□ その他			

お問合せ先:伊藤ハム健康保険組合(TEL 078-846-2286)