

禁煙サポート制度利用申込書

申込日： 年 月 日

被保険者証		被保険者 氏名
記号	番号	
所属部署		対象者 氏名
		被保険者との 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 禁煙補助剤コース
--------------------------	---

《各コースの内容について》・・・随時受付しています

① 禁煙外来コース

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すすめです。

② 禁煙補助剤コース

市販のニコチンパッチ・禁煙ガムを使って禁煙する方法です（期間は概ね 4 週間）。

《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薬局で発行される禁煙補助剤の領収書原本を提出してください（レシート不可）

《補助について》

・禁煙に成功され、領収書（本人氏名、金額、ただし書）を提出された方には、25,000 円を上限に実費の補助をします。

・遅くとも終了後 1 ヶ月以内には申請してください。

・さらに、結果報告後 1 年以上継続中であれば、記念品（20,000 円相当の商品券）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会社のメールアドレスへご連絡いたします。それ以外の連絡先をご希望の場合は下記へご記入ください。

連絡場所	メールアドレス・電話番号 等
自宅 ・ 勤務先 ・ その他	

お問合せ先：伊藤ハム米久健康保険組合（TEL 0798-67-1665）

禁煙チャレンジ宣誓書

私は現在、1日約_____本のタバコを吸っていますが、今回、伊藤ハム米久健康保険組合主催の禁煙サポート制度（_____コース）にチャレンジし、_____年____月____日から禁煙することを誓います。
_____年____月____日

被保険者証〔記号 _____ 番号 _____〕

宣誓者氏名： _____

⑩

※自筆の場合は押印不要

上記の人は、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ます。（証人は2名必要）

証人1

住所： _____

電話： _____（ ）

名前： _____ ⑩

※自筆の場合は押印不要

本人との関係： _____

証人2

住所： _____

電話： _____（ ）

名前： _____ ⑩

※自筆の場合は押印不要

本人との関係： _____

※必ず**原本**を提出してください。

伊藤ハム米久健康保険組合