

健 保 利 用	常務理事	事務長	総務課長	担当者	担当者

禁煙チャレンジ申請書

私は、大塚商会健康保険組合の禁煙チャレンジ制度に支援者3人のもと、申請します。

申 請 者 欄	事業所名				
	所属				
	保険証 記号番号	記号	番号		
	氏名	⑩			
	禁煙チャレンジの方法 (該当に○をつけてください。)	①禁煙外来受診(禁煙外来補助制度の申請もできます。)			
		②自己努力で行う。			
		③その他(市販の禁煙パッチ等利用)			
	禁煙開始日 ※1	令和	年	月	日
	禁煙達成日(6ヵ月後) ※2	令和	年	月	日

※1:開始日は申請書が受理された日からとします。
※2:開始から6ヵ月経過して禁煙が継続されている場合、禁煙達成とします。

支 援 者 欄	保険証 記号番号	氏名	本人との関係
	記号 番号	⑩	
	記号 番号	⑩	
	記号 番号	⑩	

注意:支援者は被保険者に限定します。