



禁煙エントリーシート

私 _____ は禁煙外来を受診して、禁煙に挑戦します。

禁煙が成功したら、禁煙助成金を請求します。

所属所名		記号		番号	
組合員氏名	(フリガナ)				
宣言年月日	令和	年	月	日	

※禁煙についてご家族や職場の上司・同僚等に宣言していただき、下記にあなたの禁煙を支援する方から署名等をもってください。

私は、禁煙に挑戦する上記の方を、禁煙達成まで支援します。

支援者氏名		
禁煙挑戦者との関係	家族	職場

上記の掲載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

職 名
所 属 所 長
氏 名

【助成対象について】

- 助成対象者は禁煙治療を終了された方のみです。途中で脱退した場合対象となりません。
- 助成対象となるのは禁煙外来の初診日が令和4年4月1日以降の場合です。
- 禁煙外来の受診日・終了等については、当組合において診療報酬明細書で確認しますが、請求時には医療機関等を受診した領収書及び明細書が必要となります。受診に関する領収書等を紛失しないよう保管してください。
- 組合員、支援者及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。