

平成30年度 禁煙外来治療補助エントリーシート(被保険者・被扶養者)

私は、禁煙外来治療による『卒煙』にチャレンジすることを、ここに宣言し、エントリーいたします。

* 各項目をご記入ください。

氏 名	印
被保険者証	記号: 番号:
会 社 名	
事業所名/所属部門名	
日中連絡がとれる 電話番号(店舗等)	

1. 禁煙開始日

禁煙開始日	年 月 日
卒煙予定日	年 月 日

※禁煙開始日は、医療機関発行の「禁煙宣言書(別紙)」に記載の日付を記入してください。

※卒煙予定日は、禁煙外来治療開始より6ヶ月後としてください。

2. _____ さんの、卒煙達成を支援します。

支援者氏名	
-------	--

※ 支援者は、ご家族や職場上長・同僚など、医療機関発行の「禁煙宣言書」に記載された方に記入してもらってください。

★治療薬の使用については、担当医師の指導に従うようお願いします。

★エントリー状況は、会社と共有させていただきますので、ご了解願います。
共有を望まれない方は、その旨本シートに記入の上、提出してください。

<組合処理欄>

決裁	決定伺		
常務理事	事務長	課長	担当

○
受付日

禁煙宣言書

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害
ならびに禁煙の効果を十分に理解した上で
____月____日より、禁煙することを宣言します。

年 月 日

患者氏名: _____

記号() 番号()

担当医: _____

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを
約束します。

支援者: _____