

平成 30 年度『禁煙大作戦』申込書（先着順のため、参加決定については追って組合からご連絡差し上げます）

【申込対象者】 ※ 下記 2 つの条件に該当する方

- ① 20 歳以上かつ、申込時から禁煙治療終了時まで当組合の被保険者資格が継続してある方
- ② 「1 日の喫煙本数 × これまでの喫煙年数」が「200」以上である方（35 歳未満は除く）

※過去に健康保険で禁煙治療を受けた方は、前回の初診日から 1 年が経過していないと参加いただけません（必ず確認してください）

※『禁煙大作戦』に参加するには、左記条件を満たした上、医療機関にて禁煙治療を受けることに文書で同意し、また、ニコチン依存症に関わるスクリーニングテストでニコチン依存症と診断される必要があります。

保険証の記号	番号	氏名	生年月日	年齢	性別	連絡先電話番号（携帯電話）
			年 月 日		男・女	
自宅住所		事業所名		事業所所在地・電話番号		
〒 ー				〒 ー TEL ()		
1 日の喫煙本数 × これまでの喫煙年数		保険診療での禁煙治療プログラム受診経験		※受診したい医療機関を第 3 希望まで記入		
_____ 本 × _____ 年 = _____		・ある（前回初診日： 年 月）		①		
		・ない（今回初めて禁煙治療を受ける）		②		
				③		

※希望する医療機関は、日本禁煙学会のホームページなどを参照してご記入ください。

- ◎『禁煙大作戦』に参加するには、必ず保険診療で禁煙治療プログラムを受診いただく必要があります。
- ◎禁煙治療に関わる費用は、全額自己負担となります。予めご了承ください。
- ◎結果判定の際、医師の証明書において費用が発生する場合には、全額自己負担となりますので予めご了承ください。