アイシン健康保険組合

【禁煙外来でらくらく禁煙】　申込書

◆　私は、下記の注意事項を承認の上、【禁煙外来でらくらく禁煙】を申込みます。

記号		番号		申込日	年　月　日		
ふりがな			性別	生年月日		年齢	
氏名			男 ・ 女	.　.　生		歳	
被保険者 会社名				TEL			
所属							
自宅住所	〒　－			TEL			

※ご提供いただいた個人情報は、禁煙事業の目的以外には使用しません。

★ 禁煙のきっかけは？（複数回答可）

1. 自分の健康のため　2. 家族の健康のため　3. タバコ代がもったいない
4. 喫煙所を探すのが手間　5. 喫煙所が少なくなったから　6. 周囲から嫌がられるから
7. 周囲から禁煙を勧められたから　8. その他（　　）

＜注意事項＞

1．禁煙外来終了し、禁煙出来た方で、**“禁煙外来終了証明※”・“領収書のコピー”・“禁煙外来補助金支給申請書”**をアイシン健康保険組合に提出された方に、禁煙外来の実費負担分の上限１万円までを補助します。

※注：医療機関の禁煙外来終了証明書発行が無い場合、当健保指定の証明書に記入してもらって下さい。その際の費用は自己負担とし補助対象ではありません。

2．禁煙外来補助金申請時に、アイシン健康保険組合の組合員であることが必要です。