

禁煙支援プログラムエントリーシート

私は、禁煙支援プログラムにエントリーして、「卒煙」にチャレンジすることを宣言いたします。

被保険者証の記号・番号				被保険者氏名				生年月日					
記号		番号						健保 太郎 印		昭和・平成			
5	2	0	2	8	9	9	9			〇〇年 〇〇月 〇〇日			
事業所名・所属部署名				事業所名				所属部署名					
				コスモ石油(株)				〇〇〇〇部					
日中のご連絡先				電話番号(外線or内線)				社内用メールアドレス(お持ちの方)					
				03-3798-XXXX				〇〇〇_〇〇〇@cosmo-oil.co.jp					

1. 禁煙支援プログラム (1年間に1プログラム1回のみエントリーできます)

①	<input checked="" type="radio"/>	遠隔禁煙外来 (リンケージ)	オンラインによる医師の指導と処方薬等で卒煙にチャレンジ
②	<input type="radio"/>	遠隔禁煙支援 (キュア・アップ)	オンラインによる保健師の指導と禁煙補助剤で卒煙にチャレンジ
③	<input type="radio"/>	禁煙補助剤購入支援 (あまの創健)	禁煙補助剤を用いて、自力で卒煙にチャレンジ

※エントリーを希望するプログラムに○を記入してください。(複数選択不可)

2. 禁煙支援者(必ずご記入願います)

支援者の氏名	健保 一郎 印	事業所名	コスモ石油(株)
		所属部署名	〇〇〇〇部

※職場の上長や同僚に禁煙支援者になってもらってください。(家族は不可)

※プログラムエントリー後、1か月以内にチャレンジを開始してください。

※各プログラムの注意事項をよく確認してください。

<健保記入欄>

常務理事	事務長	係

(送付先) 〒105-8303
東京都港区芝浦1丁目1番1号 浜松町ビルディング5階
コスモ石油健康保険組合 禁煙支援サポート担当 宛
TEL 03-3798-3143

(受付日印)

提出期限は令和6年2月29日(木)健保組合へ必着