

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	
18	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-××××	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	☒	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	☐	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	☐	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

・提出期限は令和6年2月29日(木)健保組合へ必着

（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
コスモエネルギーグループ健康保険組合 禁煙支援サポート担当 宛
TEL 03-3798-3143

（受付日印）