

提出先：本人 → 各事業所労担（健保担当）経由 → 健康保険組合 行

## 禁煙サポートプログラム エントリーシート

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

健康保険 被保険者	記号：	番号：
事業所名		
社員コード		
氏名		印

禁煙開始日

禁煙開始日（第一回通院日）	年	月	日
卒煙予定日	年	月	日

※卒煙予定日は、禁煙治療開始より6ヶ月後としてください。

☆禁煙治療エントリーシートは禁煙開始1ヶ月後までにご提出ください。

☆エントリー状況は、事業所・健康保険組合で共有させていただきますので、ご了解願います。

健康保険組合			事業所	
常務理事	担当者	担当者	責任者	担当者