

医療機関記入

SCSK健康保険組合 御中

## 禁煙外来治療 終了証明書

次の者が禁煙治療を受診し、治療が終了したことを証明します。

受診者氏名			
生年月日	昭和 平成	年	月 日
保険証番号	保険者番号 06137780	記号	番号
治療期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日

証明日 令和 年 月 日

医療機関

名称

所在地

医師名

印