

提出先	健保組合
-----	------

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

禁煙チャレンジ申込書（禁煙宣言書）

私は、喫煙の害ならびに禁煙の効果を理解したうえで、 月 日より禁煙することを宣言いたします。

被保険者等 記号・番号	被保険者氏名
5 9 -	(フリガナ)

禁煙チャレンジ期間 (開始日から3か月間)	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日
禁煙の方法 該当する方に☑	<input type="checkbox"/> 禁煙外来を受診予定 <input type="checkbox"/> 禁煙補助薬を購入予定

〈応援者記入欄〉

私は、 _____ さんが、禁煙に成功するよう温かく支援することを約束いたします。

応援者氏名	応援者の間柄
	家族・上司・同僚

受付日付印