

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
	(フリガナ) ケンボ タロウ
5 9 × × - × × × × ×	健保 太郎

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 checked="" 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、健保 太郎 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	健保 花子	応援者の間柄
		家族・上司・同僚

受付日付印