荏原健康保健組合　行

提出期限：令和6年8月31日　必着

記入日：令和　　年　　月　　日

私、＿＿＿＿＿＿＿＿は、令和　　年　　月　　日より、

初診から６ヶ月間禁煙に挑戦し、完全禁煙することをここに誓います！

＜　禁煙チャレンジ申込書　＞

挑戦者情報			
保険証記号番号	－	人事管理ＩＤ	
フリカナ		生年月日	年　月　日
氏名		続柄	○本人○家族　（　　）
連絡先		受診（予定）日	R　年　月　日
メールアドレス			
受診機関			
被保険者氏名			

◆ 注意事項

1 「禁煙チャレンジ（禁煙宣誓者）」は、荏原健康保険組合加入者のみとします。

2 禁煙外来を実施している医療機関において、禁煙治療プログラムに取り組んでいただくことが原則です。

（必ず5回通院し、禁煙治療終了を証明する書類の提出が必要です。）