

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。

被保険者証 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"/> 筋会陰補助薬を購入予定			

《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