

# 卒煙宣言書

(卒煙サポートプログラム申込書)

令和 年 月 日

## 【卒煙希望者記入欄】

私は、本プログラムに参加し、卒煙にチャレンジします

会社名		支店/工場名等	
被保険者等記号番号 (※)	—	生年月日 (西暦)	年 月 日
卒煙希望者氏名	印		
メールアドレス(会社・個人)	@ ※ハイフンやドット等メールアドレスは丁寧に記入ください		
電話番号	( ) ※日中ご連絡可能なものをお答えください		
自力で卒煙チャレンジの参加回数	初回・( )回目	禁煙セラピーのマンガ本を持っていますか？	持っている ・ 持っていない
3か月のタバコ代	タバコ 1 箱の値段 □ 円 × 1 か月 (30 日) × 3 か月 = □ 円 ⇒3 か月後、この浮いたタバコ代を何に使いますか？ □		
決意表明 卒煙に向かって今後どのように行動するか決意を明記ください			

## 【卒煙サポーター記入欄】

私は、上記の宣言者が卒煙する意思のあることをここに証明し、  
卒煙が達成できるよう全力で支援いたします

事業所名		ブリヂストン健康保険組合 加入の有無	有 ・ 無
サポーター氏名	印 (続柄 : )	被保険者等記号番号 (※) (ブリヂストン健保加入者のみ)	
支援方法 宣言者をどのように支援していくか明記ください			

※被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルの資格情報画面などから確認ください  
・取得した個人情報は本プログラムのみには使用致しません。