グループ会社用

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ご記入ください		
電話番号	※日中ご連絡可能なものをお答えください		
資材送付先	〒（　　-　　） ※確実に受け取り可能なご住所（自宅や職場等）をご記入ください		
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】

※卒煙サポーターがいない場合は、お一人でもご参加いただけます。以下は空欄でご提出ください。

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、健康保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルや Pep Up 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しか使用致しません。

ブリヂストン健康保険組合