

禁煙外来治療 エントリーシート

(別紙1)

私は、禁煙外来治療による『卒煙』にチャレンジすることを、ここに宣言し
エントリーいたします。

年 月 日

氏名	
※1 健康保険証情報	
会社名	
部署名	
携帯番号	※平日の日中に 連絡がつく番号
メールアドレス	

※1 健康保険の記号、番号が不明な場合は、国のマイナポータルで要確認ください。

◆ 禁煙外来受診方法

希望する受診方法を選択し、を入れてください。

医療機関の禁煙外来を受診

外来受診予定日
(年 月 日)

医療機関名
()

健保診療所禁煙外来を受診

※エントリーシート提出後、
当健保組合よりご連絡させて
いただきます。

■ 注意事項

当健保組合で健診を受診している方は、当健保組合診療所での禁煙外来受診が条件と
なります。禁煙外来費用補助の申請については、禁煙外来治療エントリーシート提出後に
通院治療を開始することが条件となります。

治療薬の使用上の注意（うつ等の精神疾患患者への慎重投与、服薬中の自動車運転等の
危険な機会操作をさせない注意など）があるため、治療にあたってはご自身の健康状態、
投薬状況、生活状況（通勤・業務での車の使用など）を正確に医師に伝え、医師の指導に
従うようにおねがいします。