申請日：2014年 月 日

デクセリアルズ健康保険組合 御中

禁煙費用補助制度「利用申込書」

参加希望項目に を付けてください (禁煙サポートプログラムを確認の上、いずれかを選択してください)

健康保険証			被保険者氏名 (社員氏名)	(歳)
記号	番号			
事業所	本社・多賀城・なかだ・鹿沼 1・2・3・根上			TEL
社員No		所属		
☐	1. 禁煙外来コース		☐	2. 禁煙補助剤コース(パッチ・ガム) (パッチまたはガムいずれかを選択し、○を付けてください)
* 下記質問にお答えください				こちらは健康管理室で記入します
①喫煙本数: 本/日		②喫煙期間: 年間		* ブリンクマン指数:
③禁煙チャレンジは今回が 初めて ・ 回目				
④禁煙チャレンジ開始予定日: 年 月 日頃 (大体の予定で結構です。2014/3月中旬には終了予定の計画を立ててください)				
* ご注意				
・お申込期間は、2014/9/16～12/19までとなります。年1回のみのお申請となります。				
・2. 禁煙補助剤コースを選択された方は、禁煙レポートを2週間ごとに提出して頂きます。担当者より送付します。				

* 利用申込書提出先(申込期限:2014/9/16～12/19)	
本社・鹿沼: 第1工場健康管理室宮下(92216007)・第2工場健康管理室黒川(95017177)	
多賀城・なかだ: なかだ健康管理室西澤(92292514)	
根上: 人事雲戸(95235574)	