

※事業所経由で提出して下さい。

※禁煙外来に通院する前に、古河健康保険組合に必ず提出して下さい。

※通院前に事前提出がない場合は、禁煙外来通院補助の対象外とします。

※禁煙外来が保険適用となるためには、前回の禁煙外来の初回診療日から1年以上の経過が必要です。

常務理事	事務長	担当者

※破線より上は健保記入

## 禁煙宣言書 (禁煙外来用)

### 【禁煙宣言者記入欄】

私は、ニコチン依存症であることを認識し、喫煙・受動喫煙の害、並びに禁煙の効果をも十分に理解した上で、  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日より禁煙することを宣言します。

所属事業所名	
被保険者証記号・番号	(記号) — (番号)
被保険者氏名	Ⓜ
生年月日	西暦 年 月 日生

### 【禁煙支援者記入欄】

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

支援者署名 : \_\_\_\_\_ Ⓜ

※申請者との関係 : \_\_\_\_\_  
(職場の上司・同僚・医療スタッフ・ご家族など)