

常務理事	事務長	係

禁煙外来補助金申請書

私は禁煙外来治療により卒煙することを宣言し、申請します

被保険者証 記号-番号	—	氏名	
事業所名		所属部署	
所属先電話 番号		携帯番号	
禁煙開始日	年 月 日	卒煙予定日	年 月 日

※禁煙外来初回の受診と禁煙の開始は、遅くとも9月末日までとなります

※卒煙予定日は禁煙を開始した日より6ヶ月後としてください

※申請書提出期限は年度内の10月末日までとします

【卒煙宣言】

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙の効果を十分に理解したうえで、禁煙することを宣言します

年 月 日

患者氏名：

担当医：

私は禁煙が成功するように温かく支援することを約束します

支援者署名：

(職場の上司・先輩・同僚)

<禁煙外来を受けるにあたっての注意点>

治療薬によって、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械操作をさせないなど）があります。治療にあたってはご自身の健康や投薬などの生活状況、就業の実態（通勤・業務中の自動車の使用など）を正確に医師に伝え、医師の指導に従っていただきますよう、お願いいたします。

受付印