

禁煙宣言書

事業所名				
保険証番号	記号		番号	
被保険者氏名			性別	男・女
治療者氏名			被保険者本人・被扶養者	
禁煙実施方法	禁煙外来治療（保険診療で受けた治療が補助対象です）			
禁煙支援者	氏名		関係	家族・上司・同僚

私は、禁煙外来による、治療にチャレンジすることを宣言します。

令和 年 月 日

治療者住所

治療者氏名

⑩

群馬県自動車販売健康保険組合

理事長 星崎 功明 殿