

令和 年 月 日

愛知県農協健康保険組合理事長 様

事業所名 _____

被保険者氏名 _____ ⑩

被保険者等記号番号 _____

禁煙宣言書（禁煙補助剤利用）

私は現在喫煙中ですが、下記の禁煙補助剤を利用し注意事項等にも留意し、禁煙することを宣言いたします。

記

1. 禁煙宣言者

対象者	氏名		本人・家族
開始日	令和 年 月 日		
禁煙補助剤 (該当に○印 および品名を付記)	①ニコチンパッチ () ②ニコチンガム ()		
備考			

2. 注意事項

- ①禁煙外来などの病院での保険治療を受けている者は助成金の対象者となりません。
- ②禁煙補助薬剤の使用に関しては、製薬会社が示す、用法・容量を遵守してください。
- ③購入した薬剤は個人で使用する以外、譲渡や再販の行為は禁止いたします。
- ④上記の注意事項が守られない場合、助成の支払いが行われない場合があります。

※受付 番号	No. _____
-----------	-----------