

「卒煙チャレンジ」参加申込書

申込み用紙 2-①

※申し込みには、この用紙と「卒煙チャレンジ宣言書」の2枚が必要です

※必要事項をご記入の上、郵送または FAX (052-953-5244) にて

愛知県農協健康保険組合 保健部までお送りください

*チャレンジャー記入欄

☐ 一年以上前から習慣的にたばこを吸っている	※必ずチェックを入れて下さい		
☐ 現在、たばこを吸っている(申込時点)	(チェック漏れは参加対象外となる場合があります)		
☐ たばこの種類は紙たばこ、または加熱式たばこ(アイコス、ブルーム、グロー、ウイズ、リルハイブリッド)である			
事業所名		申込日	令和 年 月 日
ふりがな		被保険者証 記号-番号	—
被保険者 氏名			
性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所	(〒 -)		
連絡先	電話番号 ※必須 (日中繋がる連絡先)	— —	
	メールアドレス ※必須	@	
喫煙歴	☐ 紙たばこ ☐ 加熱式たばこ 喫煙本数 1日 本 喫煙年数 年間		

*サポーター記入欄 (以下はサポーターの方が記入してください)

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		年齢	歳
チャレンジャーとの関係	☐ 職場の同僚等(被保険者証記号-番号: -) ☐ チャレンジャーの被扶養者 ☐ チャレンジャーの配偶者		
住所	(〒 -) ☐ チャレンジャーと同住所		
電話番号	— —		

※ご提供頂いた個人情報 は本事業の目的以外には使用いたしません