

「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、グロー、ブルームテック、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

※申し込みには、この用紙と「卒煙チャレンジ」参加申込書の2枚が必要です



私は、卒煙チャレンジに参加し、卒煙することを宣言します。

令和 年 月 日

氏名 _____

～サポーターからのメッセージ～

応援メッセージをどうぞ！



私は、卒煙を応援することを宣言します。

サポーター氏名 _____

※以下の場合にはチャレンジ対象外となり、参加できませんのでご注意ください

①申し込み前から禁煙を開始している方

②たばこの種類を変更する方(紙→加熱式・電子、加熱式→紙・電子)

<問い合わせ先>

〒460-0003 名古屋市中区錦三丁目3番8号 JA あいちビル6階
愛知県農協健康保険組合 保健部 TEL:052-971-3255 FAX:052-953-5244

※ご提供頂いた個人情報には本事業の目的以外には使用いたしません