

## 禁煙支援補助金宣言書 兼 申請書

私は、「禁煙」にチャレンジすることをここに宣言し、申請いたします。

記号番号	記号	番号
氏名		
生年月日・ 年齢	年 月 日 (和暦表記)	歳
事業所名		
連絡先 (事業所)		

### 【禁煙開始日】

禁煙開始日	年 月 日
卒煙予定日	年 月 日

※卒煙予定日は、禁煙開始から6カ月後。

### 【卒煙証明者設定】 第三者(職場の上司・同僚または18歳以上の家族)

私は、\_\_\_\_\_さんの卒煙達成を支援します。

卒煙証明者氏名	
---------	--

### 注意事項

- ・ 本禁煙支援補助事業で、当健保組合から粗品(クオカード)の支給を受けられるのは、在職中1回限りとなります。
- ・ 本書類を未提出の方は、禁煙成功時の粗品(クオカード)の配付は受けられませんのでご注意ください。
- ・ 提出期限は禁煙を開始前にお願いいたします。
- ・ 禁煙に対する取組状況は、事業主と共有させていただく場合がありますので、ご了承ください。

<個人情報のお取り扱いについて>

ご記入いただきました個人情報は、禁煙支援補助金事業のために利用させていただき、それ以外の目的には利用いたしません。

申請期間: 4月1日から翌年3月31日まで

栃木県農協健康保険組合 保健指導課  
〒321-0905  
栃木県宇都宮市平出工業団地9番地25 栃木県JAビル4階  
TEL:028-616-8961 FAX:028-616-8964

健保組合受付
--------