

卒煙証明書

< 卒煙証明者記入欄(禁煙支援補助金宣言書兼申請書にて設定した卒煙証明者) >

禁煙開始の 年 月 日から 年 月 日までの
6カ月間、_____さんの禁煙が継続し、卒煙したことを
証明いたします。

_____年 月 日

卒煙証明者 第三者(職場の上司・同僚または18歳以上の家族)

氏名 _____

卒煙者との関係

○を付けてください。 ①上司 ②同僚 ③家族

※ 「卒煙」とは、6カ月間の禁煙に成功された場合を指します。

< 卒煙者記入欄 >

記号番号	記号	番号
氏名		
年齢		
事業所名		

< 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。

提出期限: 卒煙後、1ヶ月以内

< ご提出・お問合せ先 >

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