

禁煙サポート補助金 エントリーシート

私は、禁煙活動による「卒煙」にチャレンジすることをここに宣言し、エントリーいたします。

本人記入欄	申請年月日		令和 6 年 8 月 6 日	事業所名	日本板硝子株式会社 ○○事業所
	記号	番号	被保険者氏名（自署）		被保険者生年月日
	10	1 2 3 4 5	日板 硝太		昭和 56 年 7 月 22 日
	メールアドレス (私用メールアドレスも可)		Shota.Nichiita@nsg.com		
	①	禁煙外来受診（保険診療となった方のみ対象）※保険診療に該当しない場合でも、②③は利用可能。			
		受診医療機関名： ○△□病院			
		初回受診日： 令和 6 年 8 月 3 日			
②	禁煙サポートプログラム「ascure卒煙」（オンラインによる面接指導プログラム）				
③	禁煙サポートプログラム「ascure卒煙ライト」（LINEによる禁煙意識づけプログラム）				
禁煙応援者記入欄	上記の宣言者が禁煙する意思があることを確認し、卒煙を応援します。 また、卒煙予定日に、宣言者が卒煙をしたかを確認し、証明します。 令和 6 年 8 月 5 日 所属事業所名： 日本板硝子株式会社 ○○事業所 禁煙応援者（自署）： 健保 太郎				

健保記入欄	禁煙開始年月日： 令和 年 月 日			
	卒煙予定年月日： 令和 年 月 日			
	個人負担額 円		月度給与控除	

〔注意事項〕 1. 上記補助金対象者は、被保険者のみです。（任意継続被保険者は除きます。）

- 卒煙予定日とは、禁煙外来受診の場合は初回受診日より6ヵ月後。
禁煙サポートプログラムの場合はプログラム開始日より6ヵ月後。
- 禁煙応援者については、事業所（職場）の上司・同僚（非喫煙者のみ）
または事業所医療関係者に限ります。
- 禁煙サポート補助金申込みは1人につき1回限り有効です。
- エントリー状況、進捗状況を事業所担当者と共有する場合があります。

受付日付印