

常務理事	事務長	担当者	担当者

禁煙外来治療エントリーシート

令和 年 月 日

◎被保険者が自ら署名する場合は被保険者の押印は不要です。

被保険者証の 記号		社員番号		事業所名称	
被保険者の氏名			性別	生年月日	
①			男・女	昭和 平成	年 月 日
医療機関名				初回診療日	
				令和 年 月 日	
調剤薬局名				卒煙予定日(初回診療日から3ヶ月後)	
				令和 年 月 日	

私は、上記のとおり禁煙外来治療により「卒煙」にチャレンジいたします。

※治療にあたってはご自身の健康状態、投薬状況、生活状況(通勤・業務での車の使用など)を正確に医師に伝え、医師の指導に従うようお願いいたします。

※禁煙外来治療エントリー状況は、事業所・健康保険組合で共有させていただくことをご承知おさください。

受付日付印

東京エレクトロン健康保険組合