

禁煙チャレンジ結果報告書

事業所名		所属名	
被保険者証の記号番号	記号	社員 コード	
	番号		
被保険者氏名		チャレンジャー 性別	男・女
チャレンジャー氏名		1 被保険者本人 2 被扶養者	
協力者の 達成証明	協力者氏名 印 関係：家族・上司・同僚(○で囲んでください。)		
禁煙実施方法	(1)禁煙治療(禁煙外来) (2)ニコチンパッチ・ニコチンガム (3)その他[]		
禁煙開始日	禁煙開始日 令和 年 月 日		
禁煙達成の有無	(1)禁煙達成 (2)禁煙未達成(禁煙継続日数 日) (3)その他[]		
禁煙達成のコメント等			

上記のとおり禁煙チャレンジの結果を報告します。

令和 年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名

印

禁煙チャレンジ結果報告書

事業所名	株式会社 ○○○○		所属名	○○○○店
被保険者証の記号番号	記号	○○	社員コード	○○○○○○○○
	番号	○○○○		
被保険者氏名	健保 太郎		チャレンジャー性別	Ⓜ・女
チャレンジャー氏名	健保 太郎		① 被保険者本人 2 被扶養者	
協力者の達成証明	協力者氏名 健保 花子 Ⓜ 関係：Ⓜ・上司・同僚(○で囲んでください。)			
禁煙実施方法	① 禁煙治療(禁煙外来) (2)ニコチンパッチ・ニコチンガム (3)その他[]			
禁煙開始日	禁煙開始日 令和 ○年 ○月 ○日			
禁煙達成の有無	① 禁煙達成 (2)禁煙未達成(禁煙継続日数 日) (3)その他[]			
禁煙達成のコメント等	○○○○○○○○○○○○○○○○○○			

上記のとおり禁煙チャレンジの結果を報告します。

令和 ○年 ○月 ○日

被保険者住所 ○○県○○市○○町○○番地

被保険者氏名 健保 太郎 Ⓜ

ベシニアグループ健康保険組合理事長 様