



禁煙達成証明書及び費用補助申請書（裏面）

私は、宣言のとおり 201 年 月 日から
本日まで、禁煙を達成いたしました。

また、今後も禁煙を継続することを宣言し、
禁煙治療にかかった費用の補助を申請いたします。

年 月 日

氏名コード： _____ 氏名： _____ （白筆署名）

禁煙生活を振り返って… （匿名で健康保険組合HPへの掲載 可・不可 ）

コメントを記載ください。

喫煙歴： _____ 年 禁煙挑戦： _____ 回目

上記の者は、禁煙を達成したことを証明します。

サポーター※名 _____

※参加申し込み時と異なっても問題ありません。

医療機関での証明書等は不要です。ご家族、ご友人、健康管理室スタッフ等の署名をお願いします。

社内便で送付いただくか、各事業所の健康管理室までお持ちください。

領収書の原本（コピー不可・返却不可）を同封してください。

受領後、健康保険組合健康づくり推進担当より禁煙確認の連絡をさせていただきます。

《問い合わせ先・提出先》

【八尾】

シャープ健康保険組合 健康づくり推進担当

禁煙キャンペーンキャッシュバック申込

外 線：050-5213-6352 内線：8-570-138115

メール：kenpo-kenkou@list.sharp.co.jp



禁煙外来等費用補助申請書

年 月 日

所属 _____

(フリガナ)

氏名コード： _____ 氏名 _____ 印 _____

振込先口座

銀行・金庫 信組・農協	本店 ・ 支店	普通																	
----------------	---------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 取得した個人情報については目的以外には使用しません。
- 申請者本人名義の口座に限ります。
- この申請書は必ずボールペン又はペンでご記入ください。

◆◆送付前に下記をご確認ください◆◆

- 禁煙外来受診時の診察料領収書及び明細書
- 禁煙補助薬費用領収書*¹（院外処方時・OTC購入時）
※1：氏名・商品名が明記されているもの
- 通帳の店番・口座番号が分かるページのコピー

【注意事項】

健康保険組合到着後、提出書類及び禁煙の確認が15日までにできた場合は当月、15日以後は翌月の月末に振り込ませていただきます。
提出書類、記載事項に不備がある場合は遅れることがありますので、ご了承ください。

健康保険組合処理欄

支給年月日	年	月	日
受診費用総額	円	処理 NO.	
健保支給額	円	備考	

受領日	禁煙確認日
/	/