



## 禁煙達成証明書

私は、宣言のとおり 20 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： \_\_\_\_\_ (自筆署名)

禁煙生活を振り返って、コメントを記載してください。(匿名で健康保険組合HP等への掲載 可・不可 )

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。

本人名義の領収証の原本 (レシート不可、氏名・商品名が明記されているもの) を同封して  
ください。(返却不可)

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。

※禁煙費用補助申請書と合わせてご提出ください。

※禁煙費用補助の申請は、禁煙達成日 (禁煙開始の6か月後) から1か月以内です。

《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 内 線：8-570-145117 小林  
メール：[kenpo-kenkou@list.sharp.co.jp](mailto:kenpo-kenkou@list.sharp.co.jp)