

禁煙サポート利用申請書 兼 禁煙宣言書

記載日：令和 年 月 日

私は現在、1日約_____本のタバコ（電子タバコを含む）を吸っておりますが、今回『卒煙』することを宣言し、アクサ生命健康保険組合の「禁煙サポート」を利用することを申請します。

氏 名				印
健康保険被保険者証	記号		番号	
会 社 名				
所属部署名				
禁煙開始日	令和	年	月	日
利用するサポート	☐ 禁煙外来サポート ☐ 禁煙補助薬サポート			
卒煙予定日（※）	令和	年	月	日

※卒煙予定日は、禁煙活動開始より6カ月後としてください。

禁煙サポートを利用するにあたっての注意点

禁煙補助薬につきましては、使用できない方や副作用があらわれることがあります。薬局で購入される場合、不明な点については薬剤師にご相談下さい。禁煙外来を受診される場合は、現在の体調、治療中の病気、お薬、車の運転など（禁煙のための飲み薬は、自動車運転等の危険な機械操作をさけるよう注意があります）を医師に伝え、指導に従うようお願いします。