本人

健保常務理事

達成者のみ

提出

所属長

健保担当者

卒煙達成証明書

私は本プログラムにて卒煙を達成いたしました。

また、今後も卒煙を継続することを宣言します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | |
| 保険証  （記号・番号） | 記号 |  | 番号 |  |
| 被保険者氏名 | （自筆署名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | 性別 | 男　・　女 |
| 支援者の  卒煙達成証明 | 上記の者は、卒煙を達成したことを証明します。  卒煙サポーター（自筆署名）　　　　　　　　　　　　　　　　印  参加者との続柄：　　　　　　　保険証記号・番号　　　・  ※ブリヂストン健保加入者は記載ください | | | |
| 達成賞  (クオカード等)  送付先  日中連絡が取れる  電話番号 | 住　　　所：  〒　　　　－      ※お間違いのないよう、ご記入をお願い致します。  　　（　　　　　　　　　）―（　　　　　　　　　）―（　　　　　　　　　　） | | | |

【問い合わせ先・提出先】

ブリヂストン健康保険組合　保健師　塙・芳賀

Mail：[madoguchi.kenpo@bridgestone.com](mailto:madoguchi.kenpo@bridgestone.com)