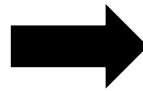


達成者のみ  
提出

本人	所属長



健保担当者	健保常務理事

## 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				
被保険者等 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： _____ 被保険者等記号番号 _____ ・ _____ <small>※ブリヂストン健保加入者は記載ください</small>			
達成賞 (クオカード等) 送付先	住 所： 〒 _____ _____ _____ ※お間違いのないよう、ご記入をお願い致します。			
日中連絡が取れる 電話番号	_____ ( _____ ) — ( _____ ) — ( _____ )			

(※) 被保険者等記号番号は、健康保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルの資格情報画面などから確認ください

【問い合わせ先・提出先】

ブリヂストン健康保険組合

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