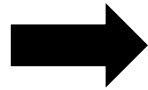


達成者のみ
提出

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 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： 〒 _____ _____ <small>※お間違いのないよう、ご記入をお願い致します。</small>			
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