

禁煙外来治療補助金/参加申込書

申込日： 年 月 日

オリエンタルランド健康保険組合 御中

私は、禁煙外来治療による「卒煙」にチャレンジすることをここに宣言し、禁煙アプローチ施策「禁煙外来治療補助金制度」にエントリーいたします。

被保険証記号・番号		-		年齢
被保険者氏名	カガナ			歳
被保険者住所 電話番号	〒 日中連絡が取れる電話番号:			
事業所の名称				
所属部署				
喫煙年数	年	1日当たりの喫煙本数	本	

◆禁煙外来治療実施期間

禁煙開始(予定)	年	月
卒煙予定	年	月

※健康保険適用の禁煙外来治療：12週間で5回

※禁煙外来治療補助金申請書の提出期限は、2027年4月2日(金)健康保険組合必着です。提出期限に間に合うよう禁煙外来治療を完了してください。また、治療の際、医療機関より交付された、禁煙外来治療分の領収証・診療明細書（原本）、禁煙外来終了書等は、補助金申請の際、必要となりますので、紛失しないようにしてください。

【オリエンタルランド健康保険組合記入欄】

常務理事	事務長			担当

受付No. _____

受付日

※オリエンタルランド健康保険組合は、上記で得た個人情報を禁煙アプローチ施策に関することのみに利用し、それ以外の目的では利用いたしません。