

(別紙1)

「禁煙宣言書」

私は、禁煙にチャレンジすることを決意し、医療機関の禁煙治療のもと、禁煙外来の成功を目指し、禁煙生活を宣言します。

宣言日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

宣言者（被保険者氏名）_____

保険証（記号）_____（番号）_____

受診する医療機関名_____

静岡県自動車販売健康保険組合あて
FAX 054-284-3917

※ 健保組合使用欄 _____年度 No. _____

| | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当 |
|----|------|-----|----|----|
| 決裁 | | | | |