

## オンライン禁煙支援参加申込書 兼 宣言書

&lt;申込日&gt; ○○○○年 ○月 ○日

|                      |                                |                      |           |               |  |
|----------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|---------------|--|
| 被保険者証<br>記号・番号       | 記号                             | 番号                   | 申込者氏名     | (フリガナ)ケンボ タロウ |  |
|                      | 0000                           | 123456               |           | 健保 太郎         |  |
| 所属(会社名・事業部門・部・課)     |                                |                      | 内線        | 外線            |  |
| ○○会社 ○○事業部<br>○○グループ |                                |                      | ○○○○-○○○○ | ○○-○○○○-○○○○  |  |
| 性別                   | 年齢                             | 生年月日                 |           | メールアドレス       |  |
| 男                    | 55                             | 昭和・平成<br>○○年 ○○月 ○○日 |           | ○○○○@○○○○.com |  |
| 住所                   | 〒○○○-○○○○<br>東京都港区芝大門○○○-○○-○○ |                      |           | 電話番号          |  |
|                      |                                |                      |           | ○○○-○○○○-○○○○ |  |

↑こちらに記載していただいたご住所に案内等をお送りします。

|         |  |       |         |
|---------|--|-------|---------|
| 喫煙歴     | 20年                                    | 喫煙本数  | 25(本/日) |
| 禁煙宣言日   | 2022年 ○月 ○日                            |       |         |
|         | 私は、喫煙の害ならびに禁煙の効果を十分に理解した上で禁煙することを宣言します |       |         |
|         | 署名                                     | 健保 太郎 |         |
| 参加費用振込先 | りそな銀行 芝支店 普通 0511770 レゾナック健康保険組合       |       |         |

↑こちらの銀行口座に**参加費用17,000円**を振り込んでください  
振込手数料をご負担ください。また、参加費用は申込書提出から2週間以内にお振込みください

## 【ご注意いただきたい事項】

- 【参加対象者】① 禁煙したい 20 歳以上の被保険者  
② スマートフォンを所有しアプリがダウンロードできる方(アプリの対象外となる為、PC/タブレット不可)  
(iPhone:OS10.0以上/android:OS5.0以上)  
③ 参加費の振込が完了した方  
④ 受付時からプログラム終了までの間に、資格喪失を予定されている方は対象となりません
- 【参加費用】17,000円 振込手数料をご負担ください ※オンライン禁煙プログラム費用の70%を健保が負担  
※参加費用は申込書提出から2週間以内にお振込みください  
※一旦振り込まれた参加費用は、いかなる場合でも返金いたしません
- 【禁煙が成功した場合の健保からの補助金】10,000円
- 【申請期間】令和4年7月29日～令和4年9月30日(先着30名)
- 【参加手続き】(1)「オンライン禁煙支援」に参加を希望する方は、当組合に参加申込書を社内メール便または郵送してください。  
(2)参加費用17,000円を上記の健康保険組合指定の口座に入金してください。  
(3)参加費用の入金確認後、当組合から申込書に記載頂いたご住所にパンフレットが届きます。  
(4)委託先となる(株)キュアアップのリンク先(QRコード)を掲載しておりますので、スマートフォンよりお申し込みください。  
(5)参加者は、オンライン禁煙プログラムで禁煙に向けて取り組んでください。  
(6)禁煙が成功したときは、「禁煙支援費用補助申請書」と(株)キュアアップから発行される「卒煙証明書」のコピーを当組合に提出してください。
- 【注意事項】(1)申請は年度内に1回限りとします。