

FAXもしくは郵送にてお申込ください

FAX : 03-6895-8393 (日本旅行健康保険組合 行)

平成29年度

禁煙チャレンジキャンペーン 参加申込書

保険証の記号		保険証の番号	
ご住所	〒		
連絡先 電話番号	↓いずれかに○をつけてください。 (職場・自宅・携帯)		
メールアドレス			
参加者 氏名		勤務 箇所名	

キャンペーン参加にあたってのご注意

申し込み期間

平成29年 5月22日(月) ～ 平成29年 6月30日(金)

申し込み方法

- ・当申込書に必要事項をご記入の上、FAXもしくは郵送にてお申込ください。
- ・申込後4日以内に、記載いただいた上記アドレスに受付完了のメールを送付させていただきますので、その後禁煙外来を受診し、治療を開始してください。

参加できる方

日本旅行健保に加入する被保険者で、禁煙をはじめたい方

※ご家族は対象外です。

その他

- ・禁煙外来を行っている医療機関は、「すぐ禁煙.jp」等のサイトで検索できます。
- ・補助金申請には、別途「禁煙チャレンジキャンペーン補助金請求書(C-18)」の提出が必要ですが、申請時点で日本旅行健保に加入していることが条件となります。

日本旅行健康保険組合

〒103-0027 東京都中央区日本橋1-19-1 日本橋ダイヤビルディング10階

Te l : 03-6895-8391