

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30年度 下期

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	〒		
スマホ又はタブレットの所有について		(いずれかに○) 持っている ・ 持っていない	
日中つながる電話番号	↓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	(職場PC、自宅PC、携帯)		
参加者氏名	(カナ) (漢字)	勤務箇所名	
参加種別 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> ①一般 <input type="checkbox"/> ②特定保健指導対象者		
利用機関 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 通院外来 (医療機関は自由に選択できます) <input type="checkbox"/> 遠隔診療①【ご自分のスマホ、タブレットで禁煙外来】by リンケージ <input type="checkbox"/> 遠隔診療②【貸与アイパッドで禁煙外来】by カルナヘルスサポート		

キャンペーン参加にあたってのご注意

申し込み方法

- ・当申込書に必要事項をご記入の上、FAXもしくは郵送にて健保組合にお申込ください。
- ・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、通院外来を利用する方は、その後禁煙外来を受診し、治療を開始してください。なお、遠隔診療①を希望する方は、当申込書を健保に送付後、業務委託先のチラシのQRコードから先方へ申込を行ってください。②は先方からの電話をお待ちください。

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、請求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。
- ・遠隔診療①②ご利用の方は補助金請求書の提出は不要ですが、診察をキャンセル料は各自の負担となりますので、ご注意ください。

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

TEL : 03-6895-8391 担当 : 永井