禁煙補助剤コース

ジェイアールグループ健康保険組合

禁煙サポートプログラム参加申込書

記入例

被保険者等記号	1	2	0	0	被保険者等番号	1	2	3	4	5	6	7	
フリガナ	ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ					✔印をつけてください							
参加者氏名	**健保　太郎**					☐　被保険者（本人）							
						☐　被扶養者（家族）							
連絡先電話番号	03（　　1234　　）5678												

禁煙補助剤の希望｜✔印をつけてください

☑　ニコチンパッチ　　☐ニコチンガム

※JR健保ホームページで薬の使用上の注意をご確認のうえ、お申し込みください。

※どちらにするか迷ったときや、禁煙補助剤のご不明点は、お近くの薬局等で薬剤師にご相談ください。

※「禁煙外来受診コース」については、外来受診前のJR健保への申込は不要です。

※申込後の禁煙補助剤の変更や、「禁煙外来受診コース」への変更はできません。

◇参加動機に関するアンケート調査にご協力ください◇

1　普段の喫煙本数、今までの喫煙年数、禁煙にチャレンジした回数は？

（すでに禁煙を開始している方も思い出してお答えください）

喫煙本数　1日　10　本　　喫煙年数　　5　年間　　チャレンジ回数　　2　回

2　このプログラムへの参加をすすめてくれた人はどなたですか？

（ひとつ選んでください）

1．ご家族　　2．自分自身　　3．職場の仲間・友人など

4．医療関係者（産業医・保健師・かかりつけ医など）

1

3　禁煙補助剤コースを選択した理由は？

1．禁煙を始めるきっかけにしようと思ったから

2．自分のペースで禁煙したいから

3．時間に余裕がないから

4．禁煙補助剤を使用してみたかったから

5．その他（　　）

4

※本書の提出をもって、以下について同意がなされたものとします。

①いただいた個人情報は、本プログラム運営全般・受付確認票等の送付・申込者への連絡に使用します。

②当健保助成による本プログラム申込者に関する申込書情報と禁煙継続に関する情報は、健康教育や保健指導等、
疾病予防に効果的につながる保健事業の実施の為、被保険者所属箇所の産業医・保健師または特定保健指導委託先に提供します。

③禁煙補助剤の申込に際して、使用上の注意をご理解の上で申し込んだものとみなします。

＜申込書送付先＞

〒151-0053　東京都渋谷区代々木二丁目2番2号

ジェイアールグループ健康保険組合　禁煙サポートプログラム事務局