

年 月 日

(宛先)

カナデビア健康保険組合

禁煙サポート（費用補助）申請書 兼 禁煙証明書

下記のとおり禁煙治療を終了しましたので、申請します。

記

禁煙実施者

所 属	職 番	氏 名
		印

いずれかに○	禁煙外来 禁煙補助薬
禁煙治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日
申請額	円

禁煙証明書（署名）

禁煙治療終了から1か月後現在、禁煙実施者が禁煙していることを証明します。

日 付	続 柄	氏 名
		印

※職場の同僚、上司、家族等、日ごろ生活を共にされている方の署名が必要です。

◆Pep Up 申請時に、こちらの記入・押印された①申請書 兼 禁煙証明書、②卒煙証明書（医療機関発行のものがある場合）、③領収書、診療明細書の写真添付をしてください。

(終)