提出先： ≪社内メール≫神・小 / FFG健保 / 保健事業G / 禁煙担当宛

≪郵送≫〒250-0001 神奈川県小田原市扇町2-12-1 富士フイルムグループ健康保険組合 禁煙担当宛

≪E-Mail≫kenpo-hokenjigyo@fujifilm.com

禁煙 エントリーシート

私は、禁煙活動による『卒煙』にチャレンジすることをここに宣言し、エントリーいたします。

**【〇をつけてください　(A)禁煙外来　・　(B)禁煙補助薬　・　(C)オンライン禁煙プログラム　】**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 |  |
| 健康保険被保険者証 | 記号： | 番号： |
| 会 社 名 |  |
| 所属部門名 |  |
| 連絡先電話番号（会社） |  |
| メールアドレス（会社） |  |

◆目標の禁煙開始日

|  |  |
| --- | --- |
| 目標の禁煙開始日 | 年　　　月　　　日 |

◆注意事項

・2022年度に限り、2021年度以前に健保より禁煙補助金を受けている場合も

再度チャレンジが可能です。（2022年度内に(A)/(B)/(C)のいずれか1回のみ）

　・オンライン禁煙プログラムの参加は1回限りとなります。（2022年度内）

・本シートが未提出の方は、6ヶ月後の卒煙達成時のキャッシュバックができませんので

ご注意ください。

・禁煙に関してのご相談は、各会社の健康推進室やFF健康管理センターをぜひご利用ください。

各社医療従事者（産業医・保健師等）よりサポートを受けたいですか。【 はい　・　いいえ 】

※参加状況を共有させていただく場合があります。医療従事者には守秘義務がありますので、ご相談内容が会社に伝わることはございません。

**禁煙外来治療を受けるにあたっての注意点**

治療薬の使用上の注意（うつ等の精神疾患患者への慎重投与、服薬中の自動車運転等の危険な機械操作をさせない注意など）があるため、治療にあたってはご自身の健康状態、投薬状況、生活状況（通勤・業務での車の使用など）を正確に医師に伝え、医師の指導に従うようお願いいたします。