

キリンビール健康保険組合 御中

メールアドレス:< 02673_Ni@kirin.co.jp >

ascure 卒煙プログラム参加申込書

申込日	年 月 日
-----	-------

保険証		会社名・部署名	氏 名
記号	番号		

(任意) よろしければ喫煙歴、喫煙本数をご記入ください。健保で今後の参考といたします。

喫煙歴	年	一日の喫煙本数	本
-----	---	---------	---

【留意事項】

- ・本プログラムはたばこの本数を減らすのではなく、禁煙の成功をサポートするものです。
- ・利用者様の健康を守るため、既往歴等によっては禁煙補助薬をご提供できない場合がございます。
- ・現在他の禁煙治療をされている方はお申込みいただけない可能性があります
- ・薬の郵送先は、ご自宅ではない場所への郵送も可能です。

本プログラムはキリンビール健康保険組合が株式会社 CureApp に委託し実施します。

株式会社 CureApp 東京都中央区日本橋小伝馬町1 2 - 5 小伝馬町 YS ビル4階

<https://cureapp.co.jp/>