

健保記入欄

受領日	年 月 日
-----	-------

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
-----	---	---------	---

以下に当てはまる方は、ご参加いただけない場合があります。

- ・減煙希望の方
- ・喫煙したいのに、プログラム参加を強制されている方
- ・機会喫煙を続けたい
- ・加熱式タバコの継続利用を希望される方
- ・現在他の禁煙治療を受診されている方

【注意事項】

※上記以外の方でもうつ病の既往歴やその他治療中の病気がある場合、主治医の許可がない場合は参加をお断りさせていただく場合がございます。

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/>