

常務理事	局 長	役 席	担 当

年 月 日

安田日本興亜健康保険組合 御中

禁煙達成者報奨品支給申請書

項 目	事 項		
保険証	記 号		番 号
フリガナ			
申請者名	被保険者(任意継続者を除く)		
生年月日	昭・平	年 月 日生	

確認印(禁煙宣言日)	確認印(宣言日から1か月目)	確認印(宣言日から2か月目)	確認印(宣言日から3か月目)
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
確認印(宣言日から4か月目)	私、禁煙確認者は、上記申請者が3ヶ月間禁煙を実施後、さらに1ヶ月間継続的に禁煙したことを承認する。		
年 月 日			
	会社名 役職名 氏名 ⑩		

※確認印は、毎月の応答日に、必ず申請者に禁煙継続を確認の上、上記の禁煙確認者が押印してください。
禁煙確認者は、直属上司または健康管理担当者に限ります。

< 報奨品申請までの手順 >

- ①申請者は、禁煙確認者に対して「禁煙宣言」をした上で日付を記入し、確認印(禁煙宣言日)に押印を受ける。
- ②申請者は、禁煙確認者に対して宣言日から1か月ごとに継続禁煙の確認を依頼し、確認印欄に日付を記入し押印を受ける。
- ③申請者は、4か月目の継続禁煙が確認された後、禁煙確認者氏名欄に記名押印を受け、健保に申請する。

< 報奨品(1回限り) > 歩数計

< 送付先 >

宅配便にて送付しますので下記に記載願います。歩数計到着後、同封の「歩数計受取書」に記名押印し、健保に返送願います。
なお、損保ジャパン日本興亜社(グループ会社含む)に所属の申請者は、社内便(トレースシステム)で送付いたします。

(送付先)	〒 —		
	(電話番号)	— —	

< 申請条件 > **2018年4月1日～2019年3月31日の間に禁煙を開始
(申請期限:2019年12末日まで)**

< 注意事項 >

- ①4か月間、継続して禁煙していることが必須条件です。途中で喫煙された方は、対象外です。
- ②禁煙確認者は、職場だけではなく、職場外(自宅、飲食店等)でも禁煙しているか確認してください。
- ③禁煙治療コース(禁煙治療費補助金支給申請)の重複申請は、認められません。
- ④報奨品は、申請受理後、2か月以内を目途に送付いたします。