

(別紙1)

禁煙外来費用助成事業参加申込書

この度、私は禁煙外来治療を受け、禁煙に取り組みたいです、標記事業に
申込いたします。

1. 被保険者等記号・番号

2. 被保険者氏名

3. 所属事業所名

4. 禁煙外来で通院予定の医療機関名・所在地

医療機関名：_____

所在地：_____

5. 禁煙外来受診開始予定

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃より

上記のとおり、申込いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者 住 所：

氏 名：

電 話：

山形県自動車販売健康保険組合理事長 様