

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 富士フィ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。

【○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 】

会社名		
被保険者等	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）		

◆禁煙開始日

目標の禁煙開始日	年	月	日
----------	---	---	---

◆注意事項

- ・ 1 回でも禁煙活動により健保から補助金を受けた方は、ご参加いただけません。
※ニコチネルパッチ/ガムの無料配布キャンペーンを除く
- ・ 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。