

# 禁煙チャレンジ 申込書

FAX または郵送で国保組合に申し込んでください

以下をすべてご記入ください	所属支部( )支部
フリガナ	記入日 2021年 月 日
氏名  *ニコチンガム購入コースを選択する方は、商品発送に必要な情報を(株)セルメスタに提供することを同意の上自筆でご署名ください。	保険証番号 玉 306 ( )
	生年月日(年齢) S・H 年 月 日( 歳)
	電話番号(日中連絡が付きやすい番号)
住所 〒 -	
質問 1.今回禁煙をしようと思った理由を教えてください(複数回答可)	1.体調をくずした 2.健康のため 3.たばこ代が負担になった 4.家族から禁煙を求められた 5.喫煙場所が減った 6.禁煙外来に関心がある 7.禁煙ガムに関心がある 8.その他( )
質問 2.過去に禁煙に挑戦したことはありますか?	1.ない 2.ある( )回 継続できなかった理由(複数回答可) ①イライラして集中できなくなった ②体重が増えた ③その他( )
質問 3.喫煙歴を教えてください	( )歳から( )年間 1日( )本
取り組むコースをどちらか1つ選択してください	
1.禁煙外来コース                      2.ニコチンガム(ニコレットクールミント)購入	



FAX 048(710)5265  
郵送 〒336-0031  
埼玉県さいたま市南区鹿手袋  
6-18-12 げんき館 2F  
埼玉土建国保組合 健康増進課 宛

商品名	単価価格	申込数	金額
ニコレットクールミント 1箱(24個入) たばこをやめたいと望む方のための 医薬品。禁煙時のイライラ等の症状 を緩和します。	1箱 2000円	箱	

〈送料: 3000円以上で無料。3000円未満の場合 500円の負担〉

申込書は所属支部にもあります。