**

**禁　煙　補　助　剤　申　込　書**

●下記太枠内に必要事項をご記入ください。

**（禁煙補助剤について）**

|  |  |
| --- | --- |
| 商　品　名 | 個　数 |
| **ニコチネルパッチ20**（1箱：14枚入／2週間分） | 3箱 |

**取扱業者**：株式会社アーテム

〒136-0071　 東京都江東区亀戸1-38-4

**（申込者情報）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険証情報 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 |
| 事業所名 |  |
| ご 送 付 先（勤務先可） | 〒 |
| ご 連 絡 先 | 電　話　番　号 | ―　　　　　　― |
| 日中のご連絡先 | ―　　　　　　― |
| 喫 煙 年 数 | 年 | 現在の喫煙本数 | 本／日 |
| 禁煙挑戦回数 | 初挑戦 | ・ | 回目 |
| 事業所担当者名 |  | 連絡先電話番号 |  |

《商品到着までの流れ》

本申込書と「ニコチネルパッチご使用前の確認票」に必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。2週間ほどで商品がお手元に届きます。

**《ＦＡＸ送信先：酒フーズ健康保険組合》**

ＦＡＸ：**03-３５５２-４０２７**

※大事な情報ですので、番号のおかけ間違いのないよう、いま一度ご確認ください。

＊取得した情報は、本事業の目的にのみ使用し、正当な理由なしに他の目的では使用いたしません。

【郵送先】

**≪問い合わせ先≫**

酒フーズ健康保険組合

03-3552-4258（管理課）

〒104-0033　東京都中央区新川1-8-16

酒フーズ健康保険組合　健康管理部管理課

整理No．