禁煙治療 結果報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所/部署名 |  |
| 　 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 保険証番号 | 記号： | 番号：  | 社員番号 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　 　　年　 　　月　 　　日生 （満　 　　歳） |
| 禁煙治療に対する感想等をご記入ください |  |
| 支援者の署名（家族・上司・同僚） | 　　　　　　　　　　　　　㊞  | 協力者の関係 | 家族 ・ 上司 ・ 同僚 |

◆禁煙治療期間

|  |  |
| --- | --- |
| 禁煙治療開始日 | 　年　　　　　月　　　　　日 |
| 禁煙治療終了日 | 　　　　　 年 月 日 |

上記のとおり禁煙治療を終了したことを報告します

令和　　　年　　　　月　　　　日

　 署 名 : 　 ㊞

ミツバ健康保険組合理事長　様