



\ サポーターと一緒に頑張りましょう!! /

禁煙チャレンジ



喫煙による健康への影響は吸っている方だけでなく、周りの方にも及びます。

ひとりで取り組むのではなく、**ご家族や会社の同僚をサポーター**として登録し、3か月間の禁煙に取り組んでいただきます。



禁煙に遅いことはありません。

協会けんぽ埼玉支部の『禁煙チャレンジ』をご活用ください!

協会けんぽ埼玉支部の禁煙チャレンジ

- 1 **ご家族や会社の同僚をサポーターに!**※
- 2 禁煙情報を提供します。禁煙についてのご相談もお気軽に!
- 3 禁煙達成者には**認定証**を、サポーターには**感謝状**を贈呈!

※禁煙を達成するには、周りに禁煙応援者がいるかどうかで、禁煙成功率に大きな影響を与えます。サポーターは、ご家族や会社の同僚など、普段一緒に過ごす人であればどなたでも登録いただけます。詳細は裏面をご確認ください。



禁煙チャレンジ申込書

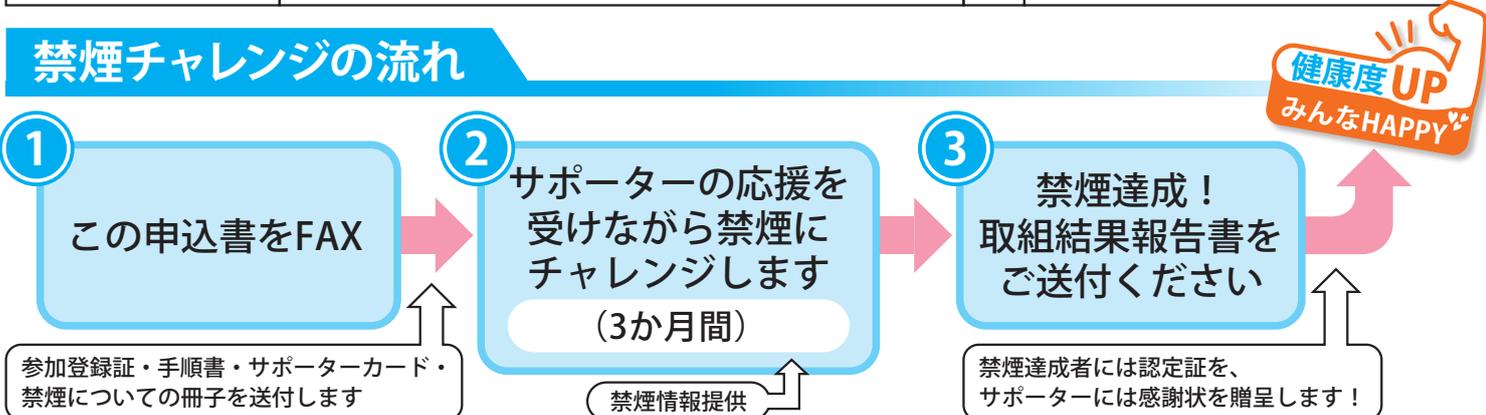
参加者		
禁煙開始年月日	※申込日から過去1か月以内の禁煙開始の場合のみ参加可能です。 令和 年 月 日	
保険証記号番号	記号	番号
氏名		
登録証送付先住所	(〒 -)	
電話番号		

健康保険 本人(被保険者) 00111
被保険者証 平成26年6月25日交付
記号 21700023 番号 21

氏名 田村 太郎
生年月日 平成 元年 5月 10日
性別 男
資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 ○ 株式会社
保険者番号 01010016
保険者名称 全国健康保険協会 ○支部
保険者所在地 ○市○区○町○-○-○

サポーター(応援者)		
氏名	※サポーター本人の自署をお願いします	メッセージ
参加者との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 勤務先の同僚等 <input type="checkbox"/> 勤務先の経営者 <input type="checkbox"/> その他()	
応援方法 ※片方または両方にチェック	<input type="checkbox"/> 禁煙のサポート(声掛けや見守り等)をします <input type="checkbox"/> 禁煙の邪魔をしません	
氏名	※サポーター本人の自署をお願いします	メッセージ
参加者との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 勤務先の同僚等 <input type="checkbox"/> 勤務先の経営者 <input type="checkbox"/> その他()	
応援方法 ※片方または両方にチェック	<input type="checkbox"/> 禁煙のサポート(声掛けや見守り等)をします <input type="checkbox"/> 禁煙の邪魔をしません	



サポーターの役割

- 禁煙の継続は1人では難しいものです。禁煙成功にはサポーターによる声掛けや見守りが重要です。
- サポーターの方には、3か月後、取組結果報告書への署名をお願いします。禁煙成功の場合には、感謝状を贈呈します。

禁煙外来

自力での禁煙が難しいときは、「禁煙補助剤」を使用したり、「禁煙外来」を利用しましょう。禁煙外来には健康保険が適用される場合があります。

※「協会けんぽ埼玉支部」がサポーターとなることも可能です。希望される場合は、下記までご相談ください。

▼ FAXまたは郵送でお申込みください ▼

〒330-8686 埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2 大宮情報文化センター(JACK大宮)16階
全国健康保険協会埼玉支部 保健グループ 電話 048-658-5915 FAX 048-658-6062