

健保受付番号

禁煙推進キャンペーン参加申込書

※7/31(金)までに会社担当者経由で西武健保へご提出ください。受付された参加申込書が戻ってきてから禁煙を開始してください。

被 保 険 者	保険証	記号		—		番号		氏名	印
	会社名							所属	
参 加 者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	昭・平	年		月		日		
	性別	男・女	続柄						
内 容	禁煙方法 選択する方を○で囲んでください		<input type="radio"/> ①禁煙外来 <input type="radio"/> ②禁煙支援アプリ						

「禁煙推進キャンペーン」参加条件・注意事項

- ・ 西武健保の被保険者と被扶養者の方に限ります。
- ・ 参加申込から禁煙完了までのすべての期間において西武健保の加入者であることが必要です。
- ・ 2021年2月28日までに禁煙治療を完了してください。
- ・ 2021年3月15日までに補助金の申請を行ってください。
- ・ 「禁煙推進キャンペーン参加申込書」を提出後、西武健保が受付した「禁煙推進キャンペーン参加申込書」(控え)と注意事項が書かれたご案内が届きます。受付が完了したことをご確認のうえ、ご案内をよく読み、禁煙を開始してください。
- ・ 今回のキャンペーンは、禁煙に成功すれば西武健保からの補助金により自己負担は0円になりますが、成功するまでは一時的に自己負担が発生します。また、途中で禁煙を辞めてしまった場合や禁煙のプログラムが完了する前に西武健保の資格を喪失した場合、プログラムを終了したものの禁煙に成功しなかった場合は補助金を支給いたしません。
- ・ 禁煙支援アプリの利用はクレジットカードでの支払いに限られます。
- ・ 所属する会社で禁煙外来に対する補助を行っている場合、重ねて補助金を支給することはできません。どちらかを選んでください。

会社承認欄	

〒359-0037 埼玉県所沢市くすのき台1-11-1

西武健康保険組合

TEL 04-2926-3876 FAX 04-2926-3878

健保受付印