

# FAX送信票

4

全国健康保険協会沖縄支部  
 禁煙サポート担当 企画総務グループ 玉城 あて  
 FAX 098-951-2017 電話 098-951-2246

送信日 令和 年 月 日

「事業所で取り組む禁煙サポート事業」  
 参加者申込書

事業所名	株式会社 ○○○○○○○○
担当者名	○○○ ○○○○
電話番号	○○○-○○○○-○○○○

	氏 名		年 代	性 別	貴社との 関係	1日の 喫煙本数	吸っている たばこの種類	希望する 禁煙支援薬局
	漢 字	フリガナ						
1	◎◎ ◎◎	×× ××	60	男	① 被保険者	20	①紙巻きたばこ のみ	◎◎浜薬局
2	◎◎ ◎◎	×× ××	30	女	② 適用外 (パート)	15	②加熱式たばこ のみ	◎◎浜薬局
3	◎◎ ◎◎	×× ××	40	男	③ 適用外 (出向)	10	③紙巻き・加熱 式の両方	◎◎浜薬局
4	◎◎ ◎◎	×× ××	20	女	④適用外 (配偶者)	30	①紙巻きたばこ のみ	▲▲浜薬局
5	◎◎ ◎◎	×× ××	50	男	② 適用外 (パート)	20	②加熱式たばこ のみ	▲▲浜薬局
6	◎◎ ◎◎	×× ××	40	女	① 被保険者	20	②加熱式たばこ のみ	▲▲浜薬局

備考