

※ 取り組み終了後（禁煙補助剤使用6週間後に自力で完全禁煙 1 ヶ月経過後）に、同封しております返信用封筒（青色）にて健保組合まで必ずこちらのレポートをご提出ください。

禁煙取組結果報告書（レポート）

保 険 証 情 報	記 号		氏 名	
	番 号			
禁 煙 開 始 日	令和 年 月 日			
禁 煙 の 結 果 (該当する番号を○で囲む)	①禁煙達成 ②本数減少（ 本 ⇒ 本） ③失 敗（失敗した主な理由をお聞かせください） 【 】			
今回の取組結果に対する感想等があればご記入ください。				

上記のとおり禁煙取り組みの結果を報告します。

令和 年 月 日

住所：〒 _____

被保険者氏名： _____

東京都土木建築健康保険組合理事長様