禁煙サポートプログラム利用申請書

禁煙サポートプログラムの利用を希望する方は、この様式により申請してください。

＜対象者：禁煙プログラム終了時点でローソン健康保険組合に加入している者＞

申請日　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ｶ ﾅ |  |
| 氏　名 |  |
| 健康保険証  記号－番号 | － |
| 住　所 | 〒　　　－ |
| 日中つながる  電話番号 |  |
| Email |  |
| 業務中の運転  ※どちらかに○ | あり　　　・　　　なし |
| 希望支援機関 | リンケージ |

※利用者負担金（1万円）の入金確認後、支援機関の申込用紙を健保よりEmailまたは郵送で

送付いたします。振込手数料はご負担ください。

＜申込方法＞

Emailの場合：

宛先：[o.uketsukeni.kenkouhokenkumiai@law001.lawson.co.jp](mailto:o.uketsukeni.kenkouhokenkumiai@law001.lawson.co.jp)

郵送の場合：

ローソン健康保険組合　業務課

　〒141-8643　東京都品川区大崎1-11-2　ゲートシティ大崎イーストタワー

　TEL：03-5435-1960(代) 　FAX：03-5759-5153