

期間限定
トライアル

【オンライン卒煙サポートプログラム申込書】

保険証の記号				保険証の番号						
フリガナ										
住所	〒 _____ 都 道 府 県									
連絡先 E-mail	※受付後、案内を送付致します。郵送をご希望の方は空白にしてください。							連絡先 電話番号		
フリガナ										
氏名										
	被保険者			被扶養者						

※1人1枚作成してください。

※被保険者、被扶養者のいずれかに印を付けてください。

【注意】

- ①スマートフォンを使用した遠隔禁煙サポートです。スマートフォンがない場合はご利用いただけません。
- ②心疾患、脳血管障害の既往の方は医薬品利用ができないため医薬品を使用しないコースとなります。
- ③うつ病と診断をされたことがある方はご利用できません。医師のもとでの禁煙を推奨します。

現在の喫煙状況を記入してください

- * 普段の喫煙本数は？ 1日 _____ 本 * 今までの喫煙年数は？ _____ 年間
- * 禁煙にチャレンジした回数は？ _____ 回

オンライン卒煙サポートプログラム参加手順

1

【オンライン卒煙サポートプログラム申込書】を健保に送付

この申込書に記入し、郵送、FAX、またはANAグループ健保宛添付メールにて送信する。
※郵送の場合の送料は自己負担となります。 ※お電話での受付は行っていません。

2

健保にて受付後、参加案内をお送りします。(メールまたは郵送)

案内のQRコードにてアプリをダウンロードをして、ユーザー登録を行い、初回面談の予約をしてプログラムを開始してください。

申込書送付後、2週間程度経過しても連絡が届かない場合は、お手数ですが健保へご連絡ください。

【参加についてのお願い】

※この「オンライン卒煙サポートプログラム」は「禁煙」をサポートするものです。

以下の方はプログラムの参加をお断りさせていただきます。

- ・減煙希望の方。
- ・機会喫煙を続けたい方。

※治療中の病気がある場合、主治医の許可が出ない場合は参加できません。

※試験導入のため今後の継続的制度化としての導入を検討するため、終了後、健保からのアンケートに必ずご協力をお願いいたします。

ANAグループ健康保険組合 禁煙サポート事務局

〒144-0041 東京都大田区羽田空港3-3-2 第一旅客ターミナルビル
Tel:03-5757-3509 FAX:03-5757-3513 E-mail:anagkenpo@anaas.ana-g.cpm

ANAグループ健康保険組合ホームページ 禁煙サポート
<https://www.anagkenpo.com>