

常務理事	事務長	担当者

京阪グループ健康保険組合 御中

禁煙外来補助申出書

年 月 日

氏 名	
健康保険被保険者証	記号 番号
事業所名（会社名）	
所属部署名	
連絡先電話番号（社内）	

禁煙開始予定日 年 月 日

◎下記会社に所属の方の申出状況は、会社と共有させていただきます。

（京阪ホールディングス・京阪電気鉄道・京阪ステーションマネジメント・京阪ビジネスマネジメント）

※禁煙外来治療を受けるにあたっての注意点

治療薬の使用上の注意（うつ等精神疾患患者への慎重投与、服薬中の自動車運転等の危険な機械操作をさせない注意など）があるため、治療にあたってはご自身の健康状態、投薬状況、生活状況（通勤・業務での車の使用など）を正確に医師に伝え、医師の指導に従うようお願いいたします。

健保受付印

