

禁煙チャレンジ 《申込用紙》 20230401改

禁煙外来の受診にあたって処方される薬には眠気を促す可能性があることから、日常従事している業務を医師に正しく申告し、医師の指示に従っていただく必要があります。会社によっては、禁煙補助薬について制限を設けている場合もありますので、日常的に車両等の機器の操縦業務に従事されている方は、総務担当者に相談してください。

☆ 申込方法:この用紙に記入して健保へ提出してください(郵送・FAX・電子メール)

被保険者証	記号	番号	事業所名
申込者氏名	1. 被保険者 2. 被扶養者		部署名
申込者住所	〒		生年月日 昭和・平成 年 月 日
平日(日中) 連絡先電話	連絡先(会社・自宅・携帯電話) 電話番号 - -		お電話の希望時間帯 1.いつでもよい 2.時間指定()

- 【参加資格】①名鉄健保加入の被保険者・被扶養者で禁煙を強く希望する方
 ②これまで禁煙外来を受診されたことのある方は、前回の初診日より1年以上経過していること
 ③下記の質問1から質問4がすべて「はい」に該当すること

質問1	直ちに禁煙したいと考えている	はい いいえ
質問2 35歳以上の方 要回答	次の式の答えが200以上である 1日の平均本数 ___本×喫煙年数 ___年間=答え: _____ (平成28年4月より、35歳未満の方には上記要件がなくなりました。)	はい いいえ
質問3	次の質問のうち、5項目以上に当てはまる	はい いいえ チェック欄
	a 自分が吸うつもりの本数よりも、ずっと多くのタバコを吸ってしまうことがあった	
	b 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがあった	
	c 禁煙したり本数を減らそうとしたとき、タバコが欲しくてたまらなくなることがあった	
	d 禁煙したり本数を減らそうとしたとき、次のどれかの症状があった 〔イライラ、神経質、落ち着かない、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加〕	
	e 上記dの症状を消すために、またタバコを吸い始めることがあった	
	f 重い病気にかかったとき、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがあった	
	g タバコのために、自分に健康問題が起きているとわかっているのに吸うことがあった	
	h タバコのために、自分に精神的問題が起きているとわかっているのに吸うことがあった	
	i 自分はタバコに依存していると感じることがあった	
	j タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かあった	
質問4	当選案内後、速やかに禁煙外来にて禁煙治療を受けることに同意する	はい いいえ

【従事している業務内容の確認】

業務について	あなたは日常業務で車両等の運転に従事している	はい いいえ
--------	------------------------	--------

【はい】とお答えの方は、人事担当者(総務・庶務)にご相談ください



【お申込に際しての注意事項】

禁煙外来では、12週間で計5回の診察を受ける必要があります。治療期間中に個人の判断で受診を取りやめた場合、その理由やそれまでの受診期間・回数に関わらず補助ができません。窓口で支払った医療費は、すべて自己負担になりますのでご注意ください。治療期間終了後、1年間にわたり健保からのアンケートにご協力をいただきます。

*** 個人情報の取扱いについて ***

応募によって得られた個人情報は当組合の個人情報保護管理規程に従って厳重に保管・管理いたします。また、保健事業以外の目的では使用いたしません。

申込み・お問合せ先
 〒456-0032 名古屋市熱田区三本松町18-1 名鉄神宮前駅東口ビル4階
 名古屋鉄道健康保険組合 保健事業担当
 (TEL):052-626-5333(鉄電)92-6481(FAX):052-626-5772
 (電子メール):health-up@nrr.meitetsu.co.jp