ニコチンガム
購入

禁煙チャレンジ　申込書

「FAX」または「郵送」で国保組合に申し込んでください

以下をすべてご記入ください	所属支部（　　）支部
フリガナ	記入日　　年　　月　　日
氏名	記号・番号 玉 306 （　　） 生年月日（年齢） S ・ H　　年　　月　　日（　　歳） 電話番号
質問 1. 今回禁煙をしようと思った理由をえてください（複数回答可）	1.体調をくずした 2.健康のため 3.たばこ代が負担になった 4.家族から禁煙を求められた 5.喫煙場所が減った 6.禁煙外来に関心がある 7.その他（　　）
質問 2. 過去に禁煙に挑戦したことはありますか？	1.ない 2.ある（　　）回 継続できなかった理由（複数回答可） ① イライラして集中できなくなった ② 体重が増えた ③その他（　　）
質問 3. 喫煙歴を教えてください	（　　）歳から（　　）年間　1 日（　　）本

★ニコチンガム購入時に 1 人 1 回に限り 1,500 円を補助します★

品名・容量	数量	金額（円）	申込個数
ニコレット 24 個入	1	2,310	
ニコレットクールミント 24 個入	1	2,530	
ニコレットアイスミント 24 個入	1	2,530	
ニコレットフルーティミント 24 個入	1	2,530	

送料は 3,000 円以上の購入で無料。3,000 円未満の場合 550 円の負担になります。
申し込みから 1 カ月後ぐらいに、ニコチンガム販売業者である（株）諒和から商品と請求書が届きますので、代金をお支払いください（コンビニまたは郵便局）。
請求額は国保組合が補助する 1,500 円を差し引いた額となります。

FAX の場合：　048(862)9315
郵送の場合：　〒336-0031
さいたま市南区鹿手袋 6-18-12
埼玉土建国保組合　健康増進課　宛