

共済組合の組合員及び被扶養者のみなさん

禁煙チャレンジ

に参加しませんか！
～あなたの健康を今日から変えよう～



お近くの禁煙外来を行っている医療機関を探す
禁煙外来を行っている医療機関 リンク先：日本禁煙学会
<http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>
大阪府内の禁煙治療に保険が使える医療機関

令和7年度内に禁煙外来で禁煙に成功

医療機関発行の『禁煙外来治療終了証明書』を共済組合へ提出
* 医療機関で禁煙外来治療証明書の様式がない場合は、共済組合健康事務担当主管課で入手してください。

\\ 禁煙成功 // おめでとうございます！
シティプラザ大阪ご利用券（1,000円×10枚）贈呈します！

対象者 禁煙をしたいと考えておられる方
(20才以上の組合員および、20才以上の被扶養者)

禁煙外来治療証明（所属）提出期間 令和8年3月13日

費用 禁煙外来自己負担分はご自身での負担となります。
(詳しくは受診される医療機関に確認してください。)



提出期限 令和8年3月13日（金）

禁煙チャレンジ終了証明提出届				
* 本紙は『禁煙外来治療終了証明書』と一緒に提出してください。				
記号	番号	氏名	区分	連絡先 電話番号
			どちらかに○ 本人 家族	

◇ご提出いただきました個人情報は“禁煙チャレンジ！”以外の目的には使用いたしません。
◇所属所担当課⇒共済組合提出期限 令和8年3月27日（金）

※ この書類は、医療機関から「禁煙外来終了証等（修了証明書・卒業証書）」が発行されなかった場合にご提出ください。なお、この証明書は医療機関で記入してもらってください。

※ 医療機関に証明していただいて発生した費用については、共済組合は応じかねますのでご注意ください。

禁煙外来治療終了証明書

下記の者は、禁煙外来を保険適用で受診し、治療を終了しました。

受診者	氏 名	様					
	受診期間	年	月	日	～	年	月

医療機関	名 称	
	所 在 地	
	代表者名	

禁煙完了証明

_____さんの禁煙が継続していることを証明いたします。

年 月 日（ ）

続柄（ ）

氏名_____

※禁煙完了証明は1名の方（職場の同僚・上等等、家族、日ごろ生活を共にされている方であれば可）の署名が必要となりますので、ご注意ください。