

禁煙外来治療終了報告書

公立学校共済組合福岡支部長 殿

<請求者記入欄>

令和 年 月 日

下記のとおり、禁煙治療を終了したので報告します。

所属所名	
組合員番号	
組合員氏名	
受診医療機関名	
禁煙治療終了日	令和 年 月 日

<医療機関証明欄>

健康保険適用の有無にかかわらず、禁煙治療が終了した場合、下記事項をご記入ください。

下記受診者は、禁煙外来において所定のプログラムを終了したことを証明します。

組合員証記号番号	公立福岡 ・ 番号
受診者名	
令和 年 月 日	
医療機関名	
住所	⑩
電話番号	

※この欄は医療機関が発行する禁煙治療終了証明書等の添付に代えることも可能です。