学研健康保険組合御中

禁煙外来治療終了証明書

- **受診者氏名：** _____ （男 ・ 女）
- **生年月日：** 19_____年_____月_____日生
- **被保険者証：**
  - 記号：_____
  - 番号：_____
- **治療期間：**
  - 開始日： 20_____年_____月_____日
  - 終了日： 20_____年_____月_____日

上記のとおり、禁煙治療の全プログラムが終了し、禁煙が達成されたことを証明する。

【医療機関記入欄】

20_____年_____月_____日

- **所在地：** _____
- **医療機関名：** _____
- **電話番号：** _____
- **担当医師名：** _____

※この書類は、医療機関から「禁煙外来終了証（卒煙証明書等）」が 発行された場合は提出不要です。