

遠隔禁煙プログラム申込書

フリガナ	健康保険証の 記号	番号
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	才 生年月日
会社名	所属名 (部署・店舗等)	
日中つながる 電話番号	*申込完了後、カルナヘルスサポートより連絡があります <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅	
メールアドレス※	*申込完了後、健保よりご連絡する際に使用します。「@autobacs.com」を受診できるように設定ください	

参加条件

※以下の項目に該当する方は遠隔禁煙プログラムをご利用いただけません。必ずご確認ください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 完全に禁煙をする気がない方(減煙をご希望の方等) | <input type="checkbox"/> 授乳中の方 |
| <input type="checkbox"/> 過去にチャンピクス錠でアレルギー反応を起こしたことがある方 | <input type="checkbox"/> うつ病等の精神疾患がある方 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中である、または妊娠しているかもしれない方 | <input type="checkbox"/> 重い腎臓障害がある方 |
| <input type="checkbox"/> 現在、他の禁煙補助薬を使用している方 | <input type="checkbox"/> 人工透析を受けている方 |

個人情報取り扱いについて下記をお読みいただき、同意された場合はに✓をしてください

- 本プログラム遂行にあたり必要な個人情報（申込書に記入された個人情報、事前確認事項および特定健康診査結果データ）は、委託先（株式会社カルナヘルスサポート）および利用医療機関へ提供いたします。ただし、本プログラム以外では使用いたしません
- 本プログラムの事業評価、統計、事業所等第三者への実績報告および学術研究を行う場合は、個人を特定できない形で行います。

Check

個人情報の取り扱いについて、定められた下記の内容を理解し、同意します。

留意事項

- ✓ 本プログラムは、オートバックス健康保険組合と委託先（株式会社カルナヘルスサポート）の業務委託契約に基づき実施されます。
- ✓ 本プログラムにおいて、別途費用が発生する場合はご本人負担となります。
- ✓ 医師の診察により、身体の状況によっては本プログラムに参加ができない、もしくは服薬の中断をすることがあります。
- ✓ 本プログラムは委託先より送付するタブレット端末で実施します。2回目の診察終了後、速やかにタブレット端末を返却ください。
- ✓ 本プログラムはチャンピクス錠を使用した禁煙プログラムです。他の禁煙支援薬との併用やご本人以外の服薬・転売等の誤った使用はしないでください。判明した場合は本プログラムを中断、更に不正利用が判明した場合は本人へ全額費用請求します。
- ✓ カルナヘルスサポートは、本プログラムによる薬の副作用、ストレス等の危険性について対象者へ説明を実施します。健康保険組合およびカルナヘルスサポートは、本プログラムによるいかなる損害についても、賠償する義務を一切負いませんので、説明内容を十分理解し、自己責任においてプログラムに参加してください。

上記内容をすべて確認、承諾の上、遠隔禁煙プログラムを申し込みます。

年 月 日 署名

記入・入力もれがないかどうか確認の上、オートバックス健康保険組合まで

F A X もしくは **メール** で送達ください。

2023年3月31日まで

送達先 : MAIL : **kinen@autobacs-kenpo.jp** FAX : **03-6219-8878**