

# 禁煙外来治療終了証明書

次の者が、保険適用の禁煙治療を受け、治療を終了したことを証明します。

受診者名	
治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

(医療機関)

名称

所在地

代表者名

印

(または治療にあたった医師の記名押印)

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

※ この証明書は医療機関で記入してもらってください。

(健保組合使用欄)

常務理事	事務長	担当者