

# 禁煙外来治療 終了証明書

※ 医療機関記入 ※

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合 御中

次の者について、保険適用の禁煙治療を受診し、治療を終了したことを証明します。

受診者氏名 \_\_\_\_\_

証明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関

名称

所在地

医師名

㊟

	常務理事	事務長	担当者
健保組合 使用欄			