

(第2号様式)

医師の確認書（禁煙外来治療費請求用）

保険証（組合員証）記号・番号	
氏名	

※医師に、下記の記入を依頼し、提出して下さい。

医 師 の 確 認	上記患者の最終禁煙治療日（受診日）は
	令和 年 月 日であり、
	現在も禁煙が継続していることを確認しました。
	令和 年 月 日
	[医療機関名称]
	[所在地] 〒
[証明をした医療機関名及び医師の氏名]	
医療機関名	
医師名	印