

**Go Go No-Smokingプログラム　参加申込書**

費　　用：　１０，０００円　（税込10,800円）

対 象 者：　JAL健保被保険者（社員・OB）および被扶養者　　\*年齢・喫煙歴不問

申込方法：

（株）リンケージサポートデスク（委託先）のメールアドレス**sd@linkage-inc.co.jp**へ下記事項を記載の上、お申し込みください。

———————————————————————————————————————————————————————————

・保険証　記号

・保険証　番号

・氏名

・フリガナ

・禁煙支援薬の送付先郵便番号・住所

・生年月日

・メールアドレス（遠隔診療を受診する端末上で確認できるもの）

・電話番号（日中連絡可能な番号）

 ———————————————————————————————————————————————————————————

＊ご質問等は電話でも受けつけています。（受付時間　平日9：00〜18：00）

**リンケージサポートデスク電話番号：03-6452-8916**

上記内容記載のメールをお送りいただくと、折り返し、確認・同意事項への確認のメールが届きます。　メールの案内に沿って全ての項目に同意いただいた時点で受け付け完了となります。