

赤ちゃん和妈妈・離乳食  
育児雑誌 1, 2, 3歳 配布申込書

ミツバ健康保険組合

理事長 殿

被 保 険 者 記 入	被保険者証の	記号		被保険者の氏名と印	印
		番号			
	被 保 険 者 の 現 住 所			〒	
	事 業 主 の 名 称				
	配 偶 者 の 氏 名				
	母 子 手 帳 の 交 付 日			令和 年 月 日	第 子
出 産 予 定 日			令和 年 月 日		
事 業 主 証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。  令和 年 月 日  事業所所在地  名 称  代表者名 印				

※ この育児雑誌は第1子の分娩の方に配布しています。

(注) 次のような場合には送付を中止と致します。

1. 出産日までに当組合の被保険者資格1年未満の者が資格喪失したとき。
2. 育児の必要がなくなったとき。

※ 転居等で住所変更になったときは必ず健康保険組合までご連絡下さい。

TEL (内線4912) (直通) 0277-44-1209