

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	000	被保険者の氏名と印	健保 太郎	(健保)		
		番号	00000					
	被保険者の現住所	〒0000-0000 00県00市00町1-1						
	事業主の名称	000000株式会社						
	配偶者の氏名	健保 愛子						
	母子手帳の交付日	平成	00	年	00	月	00	日
出産予定日	平成	00	年	00	月	00	日	
事業主証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所所在地 名称 (証明印) 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