

事業所担当印

“赤ちゃん”誌 送付申請書

被保険者（申請者）情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	年	月	日
			—	<input type="checkbox"/> 昭和			
				<input type="checkbox"/> 平成			
	被保険者氏名	ふりがな		電話	—	—	
				番号			
住所	〒	—					
事業所名称			所在地				

申請内容（申請者が記入）	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	生年月日	年	月	日	
	1-① 家族の場合はその方の氏名		<input type="checkbox"/> 昭和				
			<input type="checkbox"/> 平成				
	2 出産した年月日	令和		年		月	
3 子の氏名							
4 備考							

健保受付年月日

常務理事	事務長	係

健保受付年月日