

「育児支援図書」配布申し込み書

| | | | | | | |
|---------|------------------------|-------------|--|---|--|-------------|
| 被保険者記入欄 | 被保険者 | 被保険者証の記号・番号 | | 事業所名称 | | |
| | | — | | | | |
| | | 氏名 | | 住所・電話番号（日中の連絡先） | | |
| | | 〒 — | | TEL () | | |
| | 出産（予定）者 | 氏名 | | 資格 | | 出産〔予定〕日（西暦） |
| | | | | 1 本人（女性被保険者） 2 被扶養者（妻） 3 他保険者に加入している妻 | | / / |
| 送付先 | 〒 — ※上記住所と同じ場合は記入不要です。 | | | | | |

【申請時の注意事項】

- 対象者** 第1子出産（予定）の女性被保険者、または被扶養者（妻）、もしくは他保険者に加入している妻。
- 添付書類** 母子手帳の表紙の写し（第1子と記載があること）。
※ 出産する人が他保険者に加入している妻の場合は、父親の氏名が確認できるページの写しも添付。
- 申込先** 〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4F
- 問合せ先** 全国労働金庫健康保険組合 総務事業部 保健事業推進部門
TEL 03-5217-1018
- 申込期間** 妊娠中（母子手帳交付日以降）、及び出産日から1年以内。
- 個人情報** 当健保組合の保健事業の目的以外に使用いたしません。

| | | | | |
|-------|----|----|------|----|
| 健保使用欄 | | | 受付No | 備考 |
| 検印 | 精査 | 担当 | 送付日 | |
| | | | | |