

# 「育児支援図書」配布申し込み書

0000年 00月 00日

全国労働金庫健康保険組合 御中

第1子を出産（予定）のため、母子健康手帳表紙のコピーを添えて、育児支援図書『すくすく赤ちゃん』の配布を申し込みます。

被保険者証（保険証）	記号	000	番号	00000
被保険者名	健保 太郎			<input checked="" type="checkbox"/> 健保
事業所名	〇〇 労働金庫			
出産（予定）者	氏名	続柄（下記該当に〇をしてください）		
	健保 花子	1. 本人（女性被保険者） <input checked="" type="checkbox"/> 2. 被扶養者（妻） 3. 他健保に加入している妻		
送付先	〒000-0000 TEL 03 (0000) 0000 東京都〇〇区〇〇1-10			
出産（予定）年月日	0000年 00月 00日			

- 被保険者の印を必ず押してください。
- 母子健康手帳の表紙のコピーを添付してください。  
※母子手帳の表紙記載内容で、第1子と記載してください。  
※出産する人が「他健保所属の妻」の場合は、父の氏名が確認できるページのコピーも添付してください。
- 申し込み期間は、妊娠中(母子手帳交付日以降)、及び出産日から1年以内です。
- 送付先については勤務先でも可。
- 本申込書及び添付書類に記載された個人情報、労金健保の保健事業の目的以外に使用いたしません。

## 送付前にチェックしてください。

- 被保険者印の漏れはないか
- 記載内容に漏れはないか
- 母子手帳の表紙に第1子と記載されているか

## < 申し込み書送り先 >

〒101-0052  
東京都千代田区神田小川町3-20  
第2龍名館ビル4F  
全国労働金庫健康保険組合  
総務事業部  
TEL. 03-5217-1018  
FAX. 03-5217-3115