

承認決定日			
年	月	日	
常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

健康保険
被保険者 育児書配布申請書

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

申請日 年 月 日

(記入上の注意)

・この申請ができるのは、加入者資格を有した妊娠9ヶ月目(32週)以降の第一子出産予定者、第一子を出産した女性被保険者もしくは被扶養者のいる被保険者です。
・いずれかにを記入するところも漏れないようお願いいたします。
・出生日から1年以内の申請を有効とします。
・⑤の証明添付書類は、誤りのないよう必要箇所をコピーしてください。

被保険者が記入するところ	① 被保険者等 記号・番号		② 被保険者 氏名	
	③ 事業所名			
	④ 出産者の氏名	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を記入 (<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者)		
	⑤ 出産予定日	令和 年 月 日	証明添付書類	<input type="checkbox"/> 母子手帳(写)・・・表紙と4ページ目(分娩予定日の記載箇所)を提出
	出産日	令和 年 月 日	証明添付書類 (どちらか一方)	<input type="checkbox"/> 母子手帳(写)・・・表紙と1ページ目(出生届出済証明書の記載箇所)を提出 <input type="checkbox"/> 出産証明書(写)
	育児書の申請にあたり、申請内容に相違ありません。 また、配布目的のため記載した個人情報、貴組合が委託先業者に提供することに同意します。			
⑥ 育児書の送付先 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を記入の上、送付先を記載)				
<input type="checkbox"/> 勤務先	住所 (〒 -) 社名(部署) 宛先 TEL (- -)			
<input type="checkbox"/> 自宅	住所 (〒 -) 宛名 TEL (- -)			

事業所 確認欄	上記申請について、相違ないことを確認しました。 年 月 日
	所在地 名称
	事業主の氏名 (又は代理人氏名)

【個人情報について】

本申請書に記入された個人情報は、保健事業に係る業務処理の目的のみに使用し他の目的には使用しません。

受付印

MBK連合健康保険組合

申請 : 被保険者 → 事業所健康保険事務担当者 → 健康保険組合(月末受理分を翌月末までに配布)