

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

J-オイルミルズ健康保険組合 行
(Fax. 03-5148-9950)

赤ちゃん和妈妈送付申請書

事業所名	株式会社○○○ ○○支店	所属	○○○課
保険証 記号・番号	8○○-○○○○	被保険者 氏名	健康 太郎

赤ちゃん和妈妈は被保険者名でなく、被扶養者(お母さん)のお名前で送付することも可能です。

(ふりがな) 送付先氏名	けんこう はなこ 健康 花子	赤ちゃんの お名前	だいち 大地
送付先住所	〒123-1234 ○○県○○市○○町123 Tel. 012 (345) 6789 Fax. 012 (345) 7890		

初回の「赤ちゃん和妈妈」送付時にご希望により「きちんとかんたん離乳食」をお届けします。
(2017年4月よりリニューアルしました。)

「きちんとかんたん離乳食」の送付を

希望する

・

希望しない

どちらかに○をお願い致します。