

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	主任	係

資格 確認欄

平成 年 月 日

小冊子「プレママの食事」申込書

下記のとおり、無料小冊子「プレママの食事」の送付を申し込みいたします。

被保険者証 記号・番号	記号		番号	
事業所名称				
被保険者氏名 生年月日	昭・平 年 月 日生			
住 所	〒 -			
	TEL () -			
妊娠されている方の氏名 生年月日	昭・平 年 月 日生		続柄	
出産予定日	平成 年 月 日			

お申し込みは当健康保険組合の資格がある方に限ります。

FAX でのお申し込みも可能です。

< 送付先 >

〒540-0026

大阪市中央区本町 2-1-13

近畿化粧品健康保険組合

FAX 06-6943-5437

受付印