

「赤ちゃん和妈妈」送付申込書

下記のとおり「赤ちゃん和妈妈」の送付を申し込みます。

申込者	氏名		被保険者証 記号・番号	85— —
	出産年月 (予定)	令和	年	月
	住所	〒 —		
	連絡先 電話番号			
	送付希望先	1 上記住所と同じ場所へ送付希望 2 上記住所と異なる住所へ送付希望 〒 —		
備考	1 母子手帳の写し（出生届出済証明のページ）を添付してください。 2 送付先が変更になるときは、予めご連絡ください。 （都薬国保事務局 03（3874）7411） 3 雑誌の送付は1年間です。雑誌は毎月25日発行で、原則としてお申込みいただいた翌月から送付が始まります。			

令和 年 月 日

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 様