

資格取得	平成 令和	年	月	日
扶養認定日	平成 令和	年	月	日
お祝い品	( )			
贈呈年月日	令和	年	月	日

常務理事	事務長	担当	担当
備考 産後: 生			

受付日付印

## ご懐妊祝い申請書

※太枠内をご記入下さい。

[1] 被保険者証の 記号 - 番号	—	[2] 事業所の名称			
[3] 被保険者の 氏名・生年月日	(氏名)	生 年 月 日	昭和	・ 平成	年 月 日
[4] 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日	(氏名)	生 年 月 日	昭和	・ 平成	年 月 日
[5] 出産予定年月日	令和	年 月 日	[6] 妊娠期間	妊娠第	ヶ月目
[7] 第何子目ですか	第1子目 ・ 第2子目 ・ 他 ( 子目)				
	(郵便番号) 〒	(電話番号) TEL	( )		
[8] 被保険者または被扶養者宛の発送先住所	(住所) 都道府県				
	(氏名)				
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日		〒	TEL	( )	
住所 被保険者の 氏名 ひかり健康保険組合理事長 殿					

### 貼 付 欄

## 【添付書類】2点

- 母子手帳の「表紙」  
・保護者氏名が記入されているページ
- 母子手帳の「出産予定日が記載されたページ」

貼付欄に貼りきれない場合は裏に貼りつけてください

【お問い合わせ先】

ひかり健康保険組合 : 03-5951-7422  
[Info@hikarikenpo.or.jp](mailto:Info@hikarikenpo.or.jp)