

				円

国民健康保険産前産後の保険料軽減措置届出書

出 産 し た 方 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号番号	建 ー										
	出産した方の氏名											
	マイナンバー											
	組合員・家族の別	組合員					家族被保険者					
	出産年月日	年			月			日				
	単胎・多胎の別	単胎					多胎					
	添付書類の名称	<input type="checkbox"/> 母子手帳の写し <input type="checkbox"/> その他 () 出産した事実、単胎多胎を確認できる書類が必要です。 該当する□欄に✓印を付けて下さい。										

上記のとおり届け出ます。 年 月 日

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

組合員 住所 _____

氏名 _____

マイナンバー _____

確 認 者	身元	㊟	確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード (組合員 ・ 他)
	届出人			<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()

※組合員以外の方が申請する場合は代理人となり、委任状が必要となります。

本 部 記 入 欄	減免する年月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月
	保険料区分	成・減・0・1・2・3・5・6	成・減・0・1・2・3・5・6
	月額保険料	円	円
	給付照会	済	未
	減免額	合計	円