

				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	記 号 番 号	建 一										
	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"/> マイナンバーカード ( 組合員 ・ 他 )
	届出人			<input type="checkbox"/> 運転免許証 ( 組合員 ・ 他 )
				<input type="checkbox"/> その他 ( )
			<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