

還付日	年	月	日	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 ） <input type="checkbox"/> 運転免許証（ 組合員 ・ 他 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	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