

副理事長	常務理事	事務局長	主任書記	係

支部長	係

国民健康保険料減免申請書

(産前産後の保険料軽減措置)

支 部	09	被保険者証番号	
出産する方	組・家の別	組合員 ・ 家 族	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)		
出産(予定)日	令和 年 月 日		
単胎妊娠・多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎		
<p>・ 妊娠85日以上の分娩が対象で、死産、流産(人工妊娠中絶を含む)及び早産の場合を含みます。</p> <p>・ お子さんが三建国保の資格取得をしない場合は、出産予定日または出産日、単胎妊娠または多胎妊娠、お子さんとの身分関係を明らかにできる書類を添えてください。</p> <p>※続柄の記載された住民票、または市町村長の公印が押された母子手帳の写し。</p>			
<p>三重県建設国民健康保険組規約第28条に規定する出産(予定)被保険者について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: right;">個人番号 (マイナンバー)</p> <p style="text-align: right;">三重県建設国民健康保険組理事長 様</p>			

三建国保使用欄	
---------	--

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 () 確 ・ 郵
 組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ()