

産前産後期間の保険料軽減申請書

出産した 被保険者	記号番号	〇〇 - △△△△ - XXXX	組合員との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人（正・准組合員） <input type="checkbox"/> 家族
	氏名	国保 花子	生年月日	昭和・平成 2年 1月 1日
	マイナンバー 個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
出産日	令和 6年 10月 1日			
単胎・多胎妊娠の別	単胎・多胎			
振込先口座	金融機関名	〇〇銀行	金融機関コード	1234
	支店名	〇〇支店	支店コード	567
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 8	預金種別	普通・当座
	(フリガナ) 口座名義	株式会社 国保 花子		
上記のとおり申請いたします。 令和 6年 11月 1日 愛知県医師国民健康保険組合理事長 様 【申請者（正・准組合員）】 マイナンバー 個人番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 自宅住所 愛知県名古屋市港区千鳥1丁目13-22 公益社団法人愛知県医師会仮事務所2階 TEL 052-228-3151 氏名 愛知 花子				

<添付書類>

- 母子健康手帳（子の保護者の氏名、出生届出済証明、単胎・多胎妊娠の別の記載ページ）のコピー  
※多胎妊娠の場合は、全員分の母子健康手帳を1枚にまとめてA4・縦でコピーしてください。

<留意事項>

- ・本申請書は出産日以後に、上記事項全てご記入の上ご申請ください。
- ・対象期間中に被保険者資格を喪失された場合、資格を喪失された月以降の対象期間の保険料は免除の対象とはなりませんのでご注意ください。
- ・保険料の還付は1月から12月までを1年とし、翌年3月下旬に上記振込先へ振込させていただく予定です。

組合 記入欄	対象期間	年 月 分 ~ 年 月 分
	還付額	円× ヶ月 = 円 還付年月日 年 月 日