

産前産後の保険料軽減措置申請書

被保険者証番号 - 枝番		続柄	
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
個人番号 (マイナンバー)			
出産年月日	令和	年	月 日
出産種別	単胎	多胎	
<p>兵庫県食品国民健康保険組合理事長 殿</p> <p>上記のとおり申請します</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p>組合員住所 _____</p> <p style="text-align: right;">TEL (_____)</p> <p>組合員氏名 _____</p>			

【振込先口座情報】

銀行名	銀行・信金・信組・農協 その他 ()		支店名	支店番号
預金科目	当座・普通	口座番号	口座名義 (かた)	

【ご提出いただく添付書類】

- ※母子手帳の母の氏名および出生届出済証明が記載されたページの写し
(流産及び死産の場合は医師の診断書等)
- ※該当月の保険料を還付いたします。

----- <食品国保組合記入欄> -----

	月	月	月	月	月	月	計
医療							
後期							
介護							
還付年月日				総 計			
令和	年	月	日	円			

理事長	専務理事	事務局長	担当者
-----	------	------	-----

