

産前産後期間相当分の保険料軽減措置届

被保険者証記号番号	
母親の氏名	
母親の個人番号	
出産日	令和 年 月 日
単胎、多胎の別	単胎（4か月免除） ・ 多胎（6か月免除）

振込先金融機関は、銀行又はゆうちょ銀行のいずれか一方をご記入ください。

銀行(金融機関名)	支店名	預金種類	番号(右に詰めて記入してください)
	銀行・信金 信組・労金 農協	本店 支店 出張所	1.普通・総合 2.当座
ゆうちょ銀行(記号)		番号(右に詰めて記入してください)	
口座名義 (カナ)			

届出に当たっては、次の書類を添えてください。(母子健康手帳のコピー等)

- ・ 出産者、出産日を確認することができる書類
- ・ 単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類

建設連合国民健康保険組合理事長 殿

国民健康保険組規約第20条の3に規定する出産被保険者について、上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

組合員 氏名 \_\_\_\_\_ 印

※自署の場合は押印を省略可

個人番号 \_\_\_\_\_

電話（日中連絡先） \_\_\_\_\_

事務局長	事務局次長	課長	担当者

支部長	支部確認欄

