

決 裁	理 事 長	常 務 理 事	事 務 局 長

産前産後保険料軽減措置届出書

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号			
組 合 員	氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日
	住 所		
	電 話 番 号		
出 産 す る 被 保 険 者	<input type="checkbox"/> 組合員本人		<input type="checkbox"/> 家族
	※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。組合員本人の場合は以下の記載は不要です		
	氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日
出 産 予 定 日 ま た は 出 産 日		年	月 日
単胎妊娠・多胎妊娠の別		<input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎 ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	
上記のとおり届出します。			
愛知県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿			
		年	月 日
〒			
住 所			
事業主組合員			
従業員組合員			
(いずれかに○を付けてください。)		氏 名 _____	⑤
		日中の連絡先電話番号	— —

処 理 欄	支給手続	受付