|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 出産した被保険者 | 記号番号 |  | 組合員との続柄 | □本人（正・准組合員）□家族 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 昭和・平成年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出産日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 単胎・多胎妊娠の別 | 単　胎　・　多　胎 |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  | 金融機関コ－ド |  |
| 支店名 |  | 支店コード |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 預金種別 | 普通 ・ 当座 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）口座名義 |  |
|  |
| 上記のとおり申請いたします。　令和　　年　　月　　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）】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

自宅住所　　　　　　Ｔ Ｅ Ｌ　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

＜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－**

※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－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らなくなります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 |