

単 組 欄					処 理 欄				
-------------	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--

家族保険料減額（該当・非該当）申請書

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

下記の通り、長野県建設国民健康保険組合同規約第28条第2項による家族保険料の減額（該当・非該当）申請します。

申請日 年 月 日

被保険者証 の記号番号			組 合 員 氏 名		⑩
組 合 員 住 所					
減額（該当・非該当）となる 家族の氏名、生年月日	続 柄	減額を受けようと する(解除となる) 要件	添 付 書 類 チ ェ ッ ク	保 険 料 減 額 開 始（解除） となる年月	
年 月 日生		4. 学 生 5. 身体障害者 6. 知的障害者 7. 精神障害者 8. 病気療養者	※ 可 ・ 否	※ 年 月より〔減額・解除〕 年 月までで 減額終了予定	
教 育 機 関 学 校 名 称 ま た は 所 在 地			修 学 年 限	年 制	
				年 月 日入 学 年 月 日卒業予定	
病 気 療 養 期 間 チェック			※ 仮 申 請	※ 本 申 請	
前年11/1以前～当年2/1まで 病気入院継続			※ 可 ・ 否	合 格 通 知	在 学 証 明 書
			※	月	※

上記の通り相違ないことを証明します			年 月 日
組合の名称			
組合長氏名			⑩

注 「※印のある欄」は記入しないで下さい。

※長建国保では、今回の申請で組合員の皆さんから届け出いただいた個人情報保護法に基づいて適切に管理します。