

産前産後保険料軽減措置届出書

神奈川県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

組合規約第16条の3に規定により、次のとおり届け出ます。

記入年月日		令和 年 月 日	
A. 組合員	ふりがな		
	①氏 名		
	②生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
	③住 所		
	④保険証番号（8桁）	3 2 -	
	⑤個人番号（12桁）		
⑥電話番号	- -		
B. 出産する方	☐ 組合員本人 ☐ 家 族（⑦～⑨を記載してください） ※どちらかに ☒ チェックを入れてください。 組合員本人の場合は、以下の⑦～⑨は記載不要です。		
	ふりがな		
	⑦家 族 氏 名		
	⑧家族生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
⑨家族個人番号（12桁）			
C. 出産予定日又は出産日		令和 年 月 日	
D. 単胎妊娠・多胎妊娠の別（いずれかに○）		単 胎 ・ 多 胎	

<注意事項> 単胎の場合は4か月、多胎の場合は6か月分の保険料が軽減（免除）されます

1. 届出に当たっては、この届出書に次の事項が確認できる書類を必ず添えてください。

- ① 出産日（出産前に届出を行う場合は、出産予定日）
- ・産前の場合→母子健康手帳表紙のコピーと出産予定日が分かるページのコピー各1部
 - ・産後の場合→母子健康手帳表紙のコピーと出産日が分かるページのコピー各1部
- ② 多胎妊娠の場合
- ・①のコピーをお子様ごとに各1部（母子手帳は子一人につき1冊交付されます）

※上記の①②の内容が確認できる、医療機関や公的機関が発行する各種証明書等のコピーでも可

2. この届出書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。

3. 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。なお、以前加入していた医療保険者に産前産後期間の保険料軽減について届け出ていた場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。

4. 既に納付済みの保険料は、事業所の引落口座へ一括して還付いたします。納期未到来分は徴収いたしません。

組合処理欄（以下は記載しないでください）

データ処理日：

軽減期間		軽減開始・還付年月日	
令和 年 月分～令和 年 月分		軽減・還付	
【 種別 1・2・3 / 本人・家族 】		軽減保険料額	
月額 × か月		合計 円	

理事長	副理事長	常 務 理 事	事務長	次 長	課 長	担 当