

記入例

産前産後の保険料軽減措置届出書

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長様

近畿薬剤師国民健康保険組合規約第28条の2に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

届出年月日			令和 X 年 X 月 X 日	
A	組合員	① 被保険者番号	9999-999-999	
		② 氏名	薬国 花子	
		③ 生年月日	平成 X 年 X 月 X 日	
		④ 住所	大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号	
		⑤ 電話番号	XX-XXXX-XXXX	
B	出産する被保険者	□組合員と同じ	□組合員と違う	
		※どちらかに□を入れてください。組合員の場合は以下の記載は不要です。		
		① 氏名	出産された被保険者が上記組合員と異なる場合のみ記入してください。	
		② 生年月日		
C	出産予定日又は出産日		令和XX年XX月XX日	
D	単胎妊娠・多胎妊娠の別		□単胎・□多胎 ※どちらかに□を入れてください。	

《確認欄》

《確認欄》は事業主が
ご記入ください

事業所名

〇〇薬局

事業主（自署）近薬 太郎

<注意事項>

- 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。
- 次の書類を添付してください。

※当国保組合より出産育児一時金の支給を受けている方は下記書類の省略可能です

- 出産予定日又は出産日を確認できる書類
- 出産した被保険者と当該出産に係る子との身分関係を確認できる書類
- 単胎妊娠・多胎妊娠の別を確認できる書類

※(事務処理欄)

受付印	等級	種		等級／家族	通知書送付日	年 月 日
		医療	後期			
					還付年月日	年 月 日
		軽減期間	年 月～年 月	月数	か月	還付額
		医療計	後期計	介護計	合計	