

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同約第 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 年 月 日
A	組合員	① 被保険者番号	
		② 氏名	
		③ 生年月日	
		④ 住所	
		⑤ 電話番号	
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	
		② 生年月日	
C	出産予定日又は出産日		
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》

事業所名

事業主（自署） _____

<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	介護	月額保険料		還 付 年 月 日	年 月 日
						還付額	
	軽減期間	年 月 ~	年 月	月数	か月		
	医療計	後期計	介護計	合計			