

産前産後期間の保険料軽減措置届出書

三岐薬剤師国民健康保険組合理事長 様

届出年月日		令和 年 月 日
A. 世帯主	①氏名	
	②生年月日	
	③住所	
	④個人番号	
	⑤電話番号	
B. 出産する方	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 世帯主と違う ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れて下さい。世帯主と同じ場合は、以下の記載不要です。	
	①氏名	
	②生年月日	
	③住所	
	④個人番号	
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	単胎 ・ 多胎	

組合同約第26条の2に規定する出産被保険者について、上記のとおり届け出ます。

事業所名：

事業主組合員：

印

<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。
- 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る場合は、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。
- 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。
 - ① 出産予定日を確認することができる書類（出産後に届出を行う場合は、出産日を確認することができる書類）
 - ② 単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類
- 事業主組合員名は自署の場合、押印省略可となります。