

産前産後の保険料軽減措置届出書

福井県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

国民健康保険組約第23条の2に規定する出産被保険者について、添付書類の上次のとおり届け出ます。

届出年月日		令和	年	月	日
申請者 (組合員)	① 被保険者証番号	井薬	—	—	(枝番)
	② 氏名				
	③ 生年月日	昭・平	年	月	日
	④ 住所	〒			
	⑤ 電話番号				
出産被保険者	上記申請者(組合員)と同じ場合は、下記①②の記載は不要です。				
	① 氏名				
	② 生年月日	昭・平	年	月	日
単胎妊娠・多胎妊娠		<input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎			
出産予定日又は出産日		令和	年	月	日

※下記欄については、申請者が従業員様の場合、事業主経由で届出願います。

確認欄	事業所名	
	事業主名(自署)	
	電話番号	

【添付書類】

- 母子手帳の写し(保護者氏名の載った表紙)
- 出産予定日(出産後の届出の場合、出産日)が確認できる母子手帳記載事項の写し
- 多胎妊娠の場合についての確認書類(単胎の場合は不要)

◆保険料免除期間◆

(単胎の方: 4ヶ月分)

3ヶ月前 2ヶ月前 1ヶ月前 1ヶ月後 2ヶ月後 3ヶ月後

			出産予定月			
--	--	--	-------	--	--	--

(多胎の方: 6ヶ月分)

			出産予定月			
--	--	--	-------	--	--	--

免除期間は、出産日の属する月の前月から4ヶ月分、但し多胎妊娠の場合は、出産日の属する月の3ヶ月前から6ヶ月分とします。

【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下さい。

(※出産後の保険料還付金に関しては、原則薬剤師国保に登録の保険料振替口座へ還付致します。)