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

国民健康保険組合規約第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　　－　　－
	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、以下の記載不要です。	
	① 氏　　名	
	② 生年月日	昭・平　　年　　月　　日
	単胎妊娠・多胎妊娠	□ 単胎　・　□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】

① 母子手帳の写し（保護者氏名の載った表紙）

② 出産予定日を確認する事ができる（出産後の届出の場合、出産日が確認できる）書類

③ 単胎妊娠又は多胎妊娠を確認することができる書類

◆保険料免除期間◆

	3ヶ月前	2ヶ月前	1ヶ月前		1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後
（単胎の方：4ヶ月分）				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】

1．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。

2．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。）