産前産後の保険料軽減措置届出書

被保険者の記号番号		60－
組合員又は准組合員	(フリガナ) 氏　名	
	(郵便番号) 住　所	〒　－
	個人番号	
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
出産する方	□ 組合員（医師・従業員）本人 □ 上記の家族	
	(フリガナ) 氏　名	
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
	個人番号	
	出産予定日（又は出産日）	令和　年　月　日
	単胎妊娠・多胎妊娠の別	□ 単胎　□ 多胎

上記のとおり、産前産後の保険料軽減措置を必要書類を添えて届け出いたします。

令和　年　月　日

申請者(組合員)

住 所（〒　－　）

氏 名　㊞

個人番号

島根県医師国民健康保険組合理事長　様

＜添付書類＞
出産予定日（出産後に届出を行う場合は出産日）及び単胎又は多胎の別を確認できる書類（母子健康手帳のコピー等）
＜注意事項＞
1. 出産する方以外の保険料は軽減対象となりません。
2. この届出書は、出産予定日の6ヶ月前から提出することができます。
3. 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た場合は、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。
※　上記「出産」とは妊娠85日以上の分娩をいい、死産、流産（人工妊娠中絶を含む）及び早産も対象となります。

（R7.8.1改正）