

産前産後の保険料軽減措置届出書

(准)組合員	被保険者証 記号番号	記 号		番 号		
	氏 名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)					
	住 所					
	T E L					
対象者 (出産する方)	<input type="checkbox"/> (准)組合員本人					
	<input type="checkbox"/> 家族					
	氏 名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)					
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				
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員 住 所</p> <p style="text-align: center;">(医師) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">T E L</p> <p style="text-align: center;">埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様</p>						

<添付書類>

出産予定日 (出産後に届出を行う場合は出産日) 及び単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類 (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対象になりません。
- 2、 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。
- 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していた場合は、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。