

## 産前産後の保険料軽減措置届出書

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

国民健康保険組規約 附則第14,15項に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

届出年月日		令和 年 月 日										
組合員	被保険者証番号	記号	全歯	番号								
	氏名											
	生年月日	昭和/平成 年 月 日										
	住所	〒										
	個人番号 マイナンバー											
	携帯番号	— —										
出産する方 (出産した方)  組合員と同じ場合は、 記載不要	<input type="checkbox"/> 組合員と同じ <input type="checkbox"/> 組合員と違う ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れて下さい。											
	氏名											
	生年月日	昭和/平成 年 月 日										
	個人番号 マイナンバー											
	携帯番号	— —										
出産予定日又は出産日		<input type="checkbox"/> 出産予定日 <input type="checkbox"/> 出産日    (令和 年 月 日)										
単胎妊娠・多胎妊娠の別		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(双子以上の場合)										
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(母子手帳の表紙のコピー:多胎の場合は全員分)												
<b>【事業主確認欄】</b>  1種組合員/ 後期高齢者の 1種組合員	被保険者証番号	記号	全歯	番号								
	氏名	⑩ (自署の場合は不要)										
	診療所住所	〒										
※保険料が免除された場合、払いすぎとなった保険料は事業主を通して還付されます。												

出産する方(出産した方)の加入日 年 月 日
保険料免除期間 年 月 月 ~ 年 月 月 (4カ月 / 6カ月)

支部長	支部常務	係

