支給決定	金額	円
	年月日	

認印				
理事長	専務理事	事務長	課長	係

産前産後の保険料軽減措置届出書【HP/R7.7】

A.組合員	記号番号				
	氏名	印	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	住所				
	個人番号				
	電話番号				
B.対象被保険者（出産する方）		□ 組合員と同じ □ 組合員と違う ※どちらかに☑チェックを入れて下さい。組合員と同じ場合は、B欄の記載不要です。			
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	個人番号				
	電話番号				
C.出産日		令和 年 月 日			
D.単胎妊娠・多胎妊娠の別		単胎 ・ 多胎			

＜注意事項＞

1. 産前産後の保険料免除措置における「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。）及び早産の場合も対象となります。
2. **出産後の事後申請となります。（※出産予定日ではなく、実際の出産日を確認するため）**
   なお、届出に当たっては、この届出書に**下記の書類を添えてください。**
   ・**「母子手帳の写し（出産日および単胎妊娠又は多胎妊娠の別が確認できるページ）」**
   ※母子手帳がない場合は、「領収証の写し」を添付ください
3. 保険料は甲種組合員の差引指定口座宛に還付を行いますので、甲種組合員より還付を受けてください。

甲種組合員証明欄（勤務先院長先生）	上記のとおり申請します。 甲種組合員記号番号 ・ 000 甲種組合員氏名 印 福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

【添付書類☑欄】…□「母子手帳の写し（出産日および単胎妊娠又は多胎妊娠の別が確認できるページ）」
※母子手帳がない場合は、領収証の写しを添付ください

処理欄		
	免除期間	令和 年 月 ～ 年 月（ カ月分）
	保険料内訳	円× カ月分＝ 円
		円× カ月分＝ 円
	返還額	円