

軽減期間	自：令和 年 月 月間	常務理事			事務長	係
	至：令和 年 月	庶務	会計	業務		
還付額	円					

産前産後期間の保険料軽減措置届出書

出産被保険者	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		
	住所	〒		
	電話番号			
	出産予定日または出産日	令和 年 月 日		
	単胎妊娠・多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎		

様式第三十三号

長崎県医師国民健康保険組規約第24条の3に規定する出産被保険者について、上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

〒

住所

医師組合員

氏名

印

医療機関名称 ()

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

<注意事項>

- 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。
- 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る場合は、その際に届け出た出産予定日または出産日を記入してください。
- 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添付してください。
 - 届出が産前日の場合
 - ・ 産前日が確認できる書類（母子手帳の表紙及び産前日が記載されたページのコピー等）
 - 届出が産後の場合
 - ・ 産後日が確認できる書類（母子手帳の表紙及び産後日が記載されたページのコピー、出生証明書等）
 - ・ 親子関係を確認する書類（続柄が記載された住民票謄本等）
 - 単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類
- 軽減した保険料は、出産後に保険料引き落とし口座に還付します。

組合記入欄	軽減期間		軽減保険料	医療給付費分	後期高齢者支援金分	介護納付金分
	令和	年 月分	円	円	円	円
	令和	年 月分	円	円	円	円
	令和	年 月分	円	円	円	円
	令和	年 月分	円	円	円	円
	令和	年 月分	円	円	円	円