

担当者	受付	処理年月日

産前産後の保険料軽減措置届出書

組合員本人 (医師・従業員)	被保険者記号番号	N 0 0 - 0 0 0 - 1 0 0
	氏名	従業 一郎
	生年月日	昭和〇〇 年 〇 月 〇 日
	個人番号(マイナンバー)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	住所	〒500-0000 岐阜市〇〇1-1-1
	電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
対象者 (出産する方)	<input type="checkbox"/> 組合員(医師・従業員)本人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の家族	
	氏名	従業 花子
	生年月日	平成〇〇 年 〇 月 〇 日
	個人番号(マイナンバー)	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
	出産予定日(又は出産日)	令和〇〇 年 〇 月 〇 日
単胎妊娠・多胎妊娠の別		<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
上記のとおり、必要書類を添えて届け出ます。 令和 〇〇年 〇月 〇日		
第Ⅰ・Ⅲ種組合員の住所 〒 500-〇〇〇〇 岐阜市〇〇町1-2-3 氏名 国保 太郎 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇		
岐阜県医師国民健康保険組合 理事長 殿 送付先：〒500-8510 岐阜市藪田南3-5-11		

【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ご記入ください。
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ご記入ください。

※ 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。

※組合記入欄

軽減対象 年月	自	年	月
	至	年	月
(〇 月)			