

産前産後の保険料軽減措置届出書																																																										
A.組 合 員	被保険者証 記号・番号・枝番	食 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																								
	①氏 名																																																									
	②生年月日	昭・平・令 年 月 日																																																								
③住 所	〒 -																																																									
④個人番号 (マイナンバー)	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																									
⑤電話番号	() -																																																									
B.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。世帯主と同じ場合は、以下の記載不要です。																																																									
	①氏 名																																																									
	②生年月日	昭・平・令 年 月 日																																																								
	④個人番号 (マイナンバー)	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																								
⑤組合員との続柄																																																										
C.出産予定日又は出産日		出産予定日・出産日 令和 年 月 日																																																								
D.単胎妊娠・多胎妊娠の別		単胎 ・ 多胎																																																								
上記の通り申請します。 令和 年 月 日 事業所所在地 〒 - 事業所名称 _____ 事業主名 _____ 印 京都市食品衛生 国民健康保険組合理事長 殿																																																										
<注意事項> 1. 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。 2. 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。 3. 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 4. 保険料の免除後、免除期間中に資格喪失になった場合は、免除した保険料を返納していただきます。																																																										

理事長	事務長	事務長補佐	担 当	【組合記入欄】 対象期間： 年 月 ～ 年 月 免 除 額： 免除年月日： 年 月
決 裁				

