

※組合記入欄

決裁	事務長	係	免除月	月分	月分	月分	月分	月分	月分	免除額合計
			保険料額	¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥
			免除方式							

産前産後の保険料免除届出書

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

国民健康保険組合規約第24条の2に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出します。

届出年月日		令和 年 月 日								※出産後に届出をお願いします。	
申請者 (組合員)	被保険者証	記号				番号					-
	氏名						種別	<input type="checkbox"/> 1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 4種			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日									
	マイナンバー										
	住所	〒									
	電話番号										
出産被保険者	※どちらかにチェックを入れてください。		* 組合員が出産被保険者の場合は、この欄は記載不要です。								
	<input type="checkbox"/> 組合員が出産被保険者		<input type="checkbox"/> 組合員と別		組合員との続柄						
	氏名										
	生年月日	昭和・平成 年 月 日									
マイナンバー											
出産日		令和 年 月 日									
単胎・多胎		単胎・多胎									

※申請者が第2種組合員及び第3種組合員の場合は、事業主経由での届出となりますので下記の記入が必要です。

事業主記入欄	事業所名称										
	事業所所在地	〒									
	事業主名					電話番号					

■注意事項

1. この届出書は、**出産後に提出**してください。その際「母子手帳」等で、次の事項が確認できるページの写しを添付してください。

① 出産者氏名 ② 出産日 ③ 単胎又は多胎

2. 諸事情により出産前に届出する場合は、出産後、必ず組合に1.の添付書類を添えて出産日の報告をお願いします。

3. 届出書を受付後、上記、免除月欄に免除月・免除額・免除方式を記載し控えとして申請者へ送付いたします。

※申請者が第2種・第3種組合員の場合は、保険料納入が事業所一括のため、事業主へ送付いたします。

希望する送付方法にチェックを FAX 番号 郵送 申請者の自宅
 入れ必要事項をご記入ください。 メール アドレス 第2種・3種組合員は事業所

■保険料の免除を受けられる対象月

・ 出産月の前月からの4ヶ月間

単胎出産の場合は4ヶ月分

前月	出産月	翌月	翌々月
----	-----	----	-----

・ 多胎妊娠(出産)の場合は、出産月の3ヶ月前からの6ヶ月間

多胎出産の場合は6ヶ月分

3ヶ月前	前々月	前月	出産月	翌月	翌々月
------	-----	----	-----	----	-----

■保険料の免除方法について

・ 出産後の届出となるため出産月前月の保険料については、一旦納入頂いた後に返金いたします。

・ 届出の翌月から免除(納入なし)となります。(届出月までは返金)

・ 出産後、諸事情で届出が数ヶ月遅れた場合は、届出後に4ヶ月分(6ヶ月分)を一括返金いたします。

組合記載欄		
証明	整理簿	免除登録

受付印