

常務理事	事務長	係長	担当	入力

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	岡302・																	
	氏名																		
	生年月日	昭和・平成	年	月	日														
	個人番号(マイナンバー)																		
	住所	〒																	
	電話番号	— —																	

対象者 (出産する方)	<input type="checkbox"/> 組合員(医師・従業員)本人																		
	<input type="checkbox"/> 上記の家族																		
	氏名																		
	生年月日	昭和・平成	年	月	日														
	個人番号(マイナンバー)																		
	出産予定日(又は出産日)	令和	年	月	日														
単胎妊娠・多胎妊娠の別	<input 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 年 月 日

〒

住 所

第1(3)種(医師) 組合員氏名 印 (個人の認印)

岡山県医師国民健康保険組合 理事長 殿

<添付書類>
 出産予定日(出産後に届出を行う場合は出産日)及び単胎又は多胎の別を確認できる書類(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。

※ 上記「出産」とは妊娠85日以上分娩をいい、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 (第19条の3)	自 年 月 至 年 月 (ヶ月間)