

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

記入例

東京食品販売国民健康保険組合 殿

産前産後期間に係る保険料軽減の出産被保険者について以下のとおりお届けいたします。

■申請者 申請にあたり「個人情報の取扱いについて」を確認し同意いたします。

※裏面の注意事項をご確認ください。

※太枠の中をご記入ください。

届 出 年 月 日	令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日
被 保 険 者 証 記 号 番 号	7 8 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8 0 0 0
組 合 員 住 所	東京都渋谷区神宮前2-6-1
フ リ ガ ナ	トウショク タロウ
組 合 員 氏 名	東 食 太 郎 印
連 絡 先 電 話 番 号	0 3 (3 4 0 4) 0 1 2 3
事 業 主 氏 名	国 保 一 郎 印

■出産予定の被保険者 または 出産した被保険者

フ リ ガ ナ	トウショク ハナコ
氏 名	東 食 花 子
生 年 月 日	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○○ 日
出 産 予 定 日 ・ 出 産 日	令和 ○ 年 ○○ 月 ○ 日
単胎妊娠・多胎妊娠の別	単 胎 ・ 多 胎

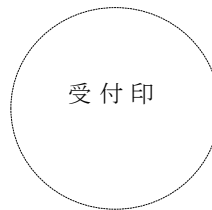
保険者記入欄 保険者記入欄は記入しないでください。

保険料軽減年月	軽減保険料	軽減保険料内訳		
		医療分	支援金分	介護分
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円

決 裁 印	
所 長	課 長

処 理 欄	
入 力	確 認

扱 者



本 部 処 理 欄	
入 力	確 認

<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。
妊娠85日以上分娩(早産・流産・死産及び人口妊娠中絶の場合も含む)が対象です。
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る場合は、
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。
※多胎妊娠(2人以上)の場合は、それぞれの母子健康手帳の同頁コピー(出生証明書)が必要です。
 - ① 届出が出産予定日前の場合
母子健康手帳の表紙コピーと出産予定日(分娩予定日)が記載された頁(妊婦中の記録1)の
コピーが必要です。
 - ② 届出が出産後の場合
母子健康手帳の表紙コピーと出生日が記載された頁(出産の状態または出生届済証明書)のコピー、
または出生証明書が必要です。
それから、親子関係の確認のため世帯全員続柄記載マイナンバー記載の住民票が必要です。
※多胎妊娠(2人以上)の場合は、それぞれの母子健康手帳の同頁コピー、または出生証明書が
必要です。