（記入例）　　（2023.11）

産前産後期間の保険料軽減措置に関する届出書

組合員	被保険者証記号番号	千歯国	01	・	○○	－	○○	種別	第１種	・	第２種（○）								
	資格取得日	平成 28 年 4 月 1 日						資格喪失日	年 月 日										
	氏　名	国　保　太　郎						生年月日	平成 5 年 6 月 7 日										
	個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	年齢	30 歳				
	勤務先住所・連絡先	○○市○○区○○町○－○－○ ○○歯科クリニック						電話番号	043 － ○○○ － ○○○○										
	自　宅住所・連絡先	△△市△△町△△△△						電話番号	047 － ○○○ － ○○○○										
出産する人	※出産する（した）人が、上記組合員と同じ場合は、以下の記載は不要です。 異なる場合は、以下も記載してください。																		
	資格取得日	平成 29 年 5 月 1 日						資格喪失日	年 月 日										
	氏　名	国　保　花　子						生年月日	平成 7 年 8 月 9 日										
	個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	年齢	28 歳				
出産予定日又は出産日		令和 5 年 12 月 15 日						妊娠の別	単胎（○） ・ 多胎										
添　付　書　類		母子手帳のコピー（下の①②を確認できるページ） ①出産予定日又は出産日　②単胎妊娠又は多胎妊娠																	
軽減保険料の振込先 （どちらかに○をしてください）		1　組合に登録済の事業主（第1種組合員）の保険料引落口座に振込																	
		2（○）　組合に登録済の組合員（第1・2種組合員）個人の給付金振込口座に振込																	

上記のとおり、届出いたします。

令和　6　年　1　月　15　日

第1種組合員　　歯　科　一　郎　　印

第2種組合員　　国　保　太　郎　　印

千葉県歯科医師国民健康保険組合　理事長　様

以下は、組合記入欄です。

軽減保険料計算		資格ﾁｪｯｸ		出産確認		入力		その他	
（医療分）	円 ×	ヶ月分 ＝	円	還付額		円			
（前期分）	円 ×	ヶ月分 ＝	円						
（支援金分）	円 ×	ヶ月分 ＝	円	還付日					
（介護分）	円 ×	ヶ月分 ＝	円						