(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	・ ー	種別	第１種 ・ 第２種
	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	個人番号			年齢	歳
	勤務先 住所・連絡先		電話番号	ー ー	
	自 宅 住所・連絡先		電話番号	ー ー	
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	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	個人番号			年齢	歳
出産予定日又は出産日		令和 年 月 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 年 月 日

第1種組合員 印

第2種組合員 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						

DL