

副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長	課長補佐	係長	係	受 付

【対象年月・軽減額】資格区分 組合員 組合員家族 准組合員 准組合員家族

令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	軽減額計	支給年月
円	円	円	円	円	

産前産後期間に係る保険料軽減措置届出書

出産した被保険者	被保険者証	記号	医国	番号	—	枝番
	氏名				生年月日	平成・昭和 年 月 日
	個人番号					
	出産日	令和 年 月 日	単胎・多胎出産別	単胎・多胎		

(1) この届出書には次の書類の写し(コピー)を添付してください。

(当組合より出産育児一時金の支給を受けている場合は省略可)

○ 出産日、単胎・多胎出産の別を確認することができる公的書類のコピー

・ 母子健康手帳の市町村の証明印のあるページ、出産者氏名、出産日のわかるページのコピー
又は、病院等が発行する出生証明書のコピー

(2) 保険料は一旦ご負担頂く事になりますが、この届出書の提出後、産前産後期間の終了月を基準に軽減額の計算処理をして、組合員からの保険料引落口座に振込にて還付させていただきます。

組合規約第 19 条の 3 に規定する出産被保険者保険料軽減について関係書類を添えて届け出ます。

令和 年 月 日

〒

住 所 _____

届出人
組合員又は准組合員 氏 名 _____

個人番号 _____

T E L () _____

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

以下は上記届出人が准組合員の場合、所属医療機関の組合員に記入してもらってください。

准組合員からの上記届けに関して相違ありません。

令和 年 月 日

組合員 氏 名 _____

保険料の還付に関して、保険料引落口座への振込を基本としますが、保険料引落口座以外への振込希望の場合(保険料を銀行振替としていない場合も含む)は、下記に記入願います。

銀行・信用金庫・信用組合		本店・支店	
口座種別	普通・その他()	口座番号	
口座名義	フリガナ		