

理事長	常務理事	対 象 期 間（事務局記入欄）		受付日	
		年 月 ～ 年 月まで		担当者	
		月額	× か月	電算処理	
		月額	× か月	支給額	

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

組合員	記号・番号・ (枝番)	群 歯 — (枝番)			
	氏 名				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	住 所				
	電話番号				
出産する方	※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。				
	記号・番号・ (枝番)	群 歯 — (枝番)			
	氏 名		組合員との 続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
出産予定日または出産日		令和 年 月 日	妊娠の別	単胎 ・ 多胎	
添付書類	①出産予定又は出産日を確認することができる書類（例：母子手帳の出生届済証明書の写し等） ②単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類（例：母子手帳の出産の状態の写し等）				
還付保険料 振込先	金融機関名	銀行・信金・信組・金庫			
どちらかに☑	支店名等	本店・支店・営業部・出張所			
□ 事業主 口座	口座種別	普通・総合・当座・貯蓄	口座番号		
	フリガナ 口座名義				
□ 組合員 口座	※還付先口座につきまして、事業主の口座に振込後、事業主を通して還付を受けるか、もしくは、 直接、組合員の口座に振込し還付を受けるかを、事業主と組合員でご相談下さい。				
上記のとおり、届出いたします。 令和 年 月 日 組合員氏名 _____ 群馬県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿					

- <注意事項>
- 1 この申請は、出産予定日の2か月前から提出することができますが、出産後に添付書類を再度提出していただく場合があります。また、実際の出産日を確認させていただく場合があります。
還付の目安は出産月の3か月後以降となります。
- 2 単胎の場合は4か月、多胎の場合は6か月の保険料が還付されます。

事業主 確認欄	事業所（診療所）所在地	
	名 称	
	事業主（第1種組合員）氏名	