

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	

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 一 (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 一 (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
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>

- 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。
- 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	