

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

茨城県歯科医師国民健康保険組合 理事長 横田 一郎 殿

茨城県歯科医師国民健康保険組合同規約第17条第3項に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

届出年月日	年 月 日	
A. 組合員	①被保険者証 記号・番号(枝番)	茨歯 ・ (01)
	フリガナ	
	②氏名	
	③生年月日	年 月 日
	④住所	
	⑤個人番号	
	⑥電話番号	
B. 出産する方	<input type="checkbox"/> 組合員と同じ <input type="checkbox"/> 組合員と違う <small>※どちらかにチェックを入れてください。組合員と同じ場合は、以下の記載不要です。</small>	
	①被保険者証 記号・番号(枝番)	茨歯 ・ (01)
	フリガナ	
	②氏名	
	③生年月日	年 月 日
	④住所	
	⑤個人番号	
C. 出産予定又は出産日	年 月 日	
D. 単胎妊娠又は多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎	
〈注意事項〉		
1. この届出書は、出産6か月前から提出することができます。 2. 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。 なお、以前に加入していた医療保険者に産前産後期間の保険料軽減について届け出ていた場合は、その際に届け出た 出産予定日又は出産日を記入してください。 3. 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。 ①出産日・又は出産予定日を確認することができる書類（母子手帳の写し等） 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		