

産前産後期間の保険料軽減申請書

京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様

下記のとおり京都料理飲食業国民健康保険組規約第31条の3に規定する産前産後期間の保険料軽減について申請します。

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(准)組合員住所 _____

(准)組合員氏名 _____

*自署の場合は押印不要

出産された方・出産予定の方について記入してください

記号番号	料	—
出産被保険者 氏名		
出産被保険者 生年月日	年	月 日
出産について ※妊娠85日以上（4カ月）以上の 出産が対象です ※死産・流産・早産及び 人口妊娠中絶の場合も含まれます	どちらかにチェックをつけてください	
	<input type="checkbox"/> 出産予定日	<input type="checkbox"/> 出産日
	出産予定日または出産日	
	年	月 日
	どちらかにチェックをつけてください	
	<input type="checkbox"/> 単胎 (1人の赤ちゃんを妊娠する場合)	<input type="checkbox"/> 多胎 (2人以上の赤ちゃんを妊娠する場合)

<注意事項>

- この届出書は、出産予定日の6か月前から提出することができます
- 以前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
- 申請に当たっては、この申請書に次の書類を添えてください
母子健康手帳の写し（以下のページのコピーをお願いします）
<出産予定の方>
① 表紙
② (1ページ目) 母(妊婦)の氏名・生年月日が記入されているページ
③ (4ページ目) 分娩予定日が記入されているページ
<出産された方>
① 表紙
② (1ページ目) 出産届出済証明のあるページ
- 軽減決定後に出産被保険者が資格喪失した場合は、その該当月分の軽減額を返還していただく場合があります
- 既に保険料限度額に達している場合は軽減対象にならない場合があります

国保組合受付印	
確認日	年 月 日