

事務局使用欄

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係	受付日

産前産後期間の保険料軽減措置届出書

組 合 員 本 人 (医師・従業員)	記 号 ・ 番 号	●			
	氏 名				
	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日			
	個 人 番 号 (マイナンバー)	記 入 不 要			
対 象 者 (出産された方)	☐ 組合員（医師・従業員）本人				
	☐ 上記の家族				
	氏 名				
	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日			
	個 人 番 号 (マイナンバー)	記 入 不 要			
	出 産 日	令 和 年 月 日			
単 胎 妊 娠 ま た は 多 胎 妊 娠 の 別		単 胎 ・ 多 胎			
● 注意事項 ・ 出産された方以外の保険料は軽減対象となりません。 ・ 当組合に新たに加入された被保険者が出産者で、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または出産日を「出産日」欄に記入してください。 ・ 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添付してください。 ● 添付書類 ① 出産日が確認できる書類等（母子健康手帳の写しまたは出生証明書、住民票など） ② 単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類（母子健康手帳の写しなど） ※ 上記「出産」とは妊娠85日以上分娩をいい、死産、流産（人工妊娠中絶を含む）及び早産も対象となります。 長野県医師国民健康保険組合同約第19条に規定する出産被保険者について、上記のとおり届け出ます。 長野県医師国民健康保険組合理事長 様 令和 年 月 日 第一種・特別組合員氏名： (医 師)					

事務局使用欄

月 額 保 険 料	医 療	後 期	介 護	計	免除額計
	円	円	円	円	円
軽 減 期 間	令和 年 月分 ～ 令和 年 月分				還付年月日
	計 カ月分				

当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。
(R6.1)