

(別紙様式) **【記入例】**

理事長	常務理事	事務長	課長	担当者	処理欄	
					適用日	解除日
					・	・

**産前産後期間の保険料軽減措置届出書**

群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿

群馬県医師国民健康保険組合同規約第17条の2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		令和 5年12月20日												
組合員	記号・番号	群医 ○○ - ○○○○ - ○												
	医療機関の住所	群馬県前橋市○○町○丁目○-○												
	氏名	国保太郎												
	個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
	電話番号	027-○○○-○○○○												
出産する被保険者	氏名	前橋冬子												
	生年月日	昭和・平成・令和○○年○○月○○日												
	住所	群馬県前橋市○○町○○○ ○○ハイツ ○○												
	個人番号(マイナンバー)	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	
	出産予定日又は出産日	令和 6年 2月22日												
	単胎妊娠・多胎妊娠の別	○単胎・多胎												

〈注意事項〉

- この届出書は、出産予定日の2か月前(多胎妊娠の場合は4か月前)を目安に提出してください。
- 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。
- 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。
  - ① 出産予定日を確認することができる書類(出産後に届出を行う場合は、出産日を確認することができる書類)
  - 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