

理事長	副理事長	常務理事	常務理事	事務長	係

産前産後の保険料軽減措置届出書

秋田県医師国民健康保険組合理事長

当組合同約第 19 条の 3 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	年	月	日
A. 第一種・第三種 組合員	① 被保険者番号				
	② 氏名				
	③ 生年月日	昭和・平成	年	月	日
	④ 住所	〒 -			
	⑤ 個人番号 (マイナンバー)				
	⑥ 電話番号	()			
B. 出産する方	<input type="checkbox"/> 第一種・第三種組合員と同じ <input type="checkbox"/> 第一種・第三種組合員と違う ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> 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。				
	① 被保険者番号				
	② 氏名				
	③ 生年月日	昭和・平成	年	月	日
	④ 住所	〒 -			
⑤ 個人番号 (マイナンバー)					
C. 出産予定日又は出産日		令和	年	月	日
D. 単胎妊娠・多胎妊娠の別		単胎 ・ 多胎			

<注意事項>

1. 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。
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していた場合は、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

※組合記入欄

軽減期間	令和	年	月	～	令和	年	月
軽減額 合計	円						



軽減額（内訳）

※組合記入欄

<input type="checkbox"/> 単胎 • <input type="checkbox"/> 多胎			<input type="checkbox"/> 出産予定月（ . . ） <input type="checkbox"/> 出 産 月（ . . ）			
軽減月	医療分		後期高齢者 支援金分	介護分	子ども・子育て 支援金分	計
	平等割	所得割				
月	円	円	円	円	円	円
月	円	円	円	円	円	円
月	円	円	円	円	円	円
月	円	円	円	円	円	円
月	円	円	円	円	円	円
月	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円