

産前産後の保険料免除届出書

下記のとおり届けます。

令和 年 月 日

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

被保険者証番号	岡303	—	—
組合員氏名			
出産した方の氏名 (上記と同じ場合は記載不要)			
出産した方の住所	〒		
出産した方の生年月日	昭和・平成	年	月 日 (歳)
出産年月日	令和	年	月 日
妊娠の別	単胎妊娠	・	多胎妊娠 ※ ○で囲んでください

届出には以下の書類が必要です。揃いましたらチェックを入れてください。

母子健康手帳の写し(保護者氏名、出生届出済証明があるページ)

注) 当組合の保険料免除期間は出産日が属する月の前月から6ヶ月間をいう

注) 保険料の還付は原則として免除期間後に保険料引落口座へ振り込むこととするが事情があれば別口座を記入してもよい その場合は間違いのないよう正しい口座情報を記入すること

事業主証明欄

分娩者氏名	
-------	--

どちらか必ずチェックを入れてください。

上記について相違ないことを証明し、保険料引落口座への還付を承諾します

上記について相違ないことを証明し、下記の口座への還付を承諾します

銀行	店	預金種目	1 普通	口座番号															
信用金庫	支店		2 当座	フリガナ															
農協	出張所			名義人															

事業所名称

事業所所在地

事業主氏名

組合記載欄

決裁	理事長	常務理事	事務局長	係

保険料免除期間	年 月 ~ 年 月
還付金額	円
還付年月日	