

理事長	常務理事	事務局長	担当者

産前産後期間に係る保険料免除申請書											
出産した被保険者	被保険者証番号							資格取得年月日	年 月 日		
	氏名							資格区分	組合員	准組合員	
	個人番号							※資格区分に○をご記入ください。			
	出産日	年 月 日									
	出産の種別	単胎 ・ 多胎									

対象期間は、出産日の属する月の前月から4カ月間です。
 多胎妊娠の場合は、出産日の属する月の3カ月前から6カ月間です。

※母子健康手帳の写し等を添えて、上記のとおり申請します。

年 月 日 千

住所 _____

申請者 (組合員または准組合員) 氏名 _____ (印)

個人番号 _____

T E L () _____

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿

以下は上記申請者が准組合員の場合、所属医療機関の組合員に記入してもらってください。

准組合員からの上記申請に関して相違ありません。

年 月 日 組合員 氏名 _____ (印)

- 保険料の返金は、申請を受理した後、対象期間相当分の国民健康保険料を、原則翌月以降の国民健康保険料より調整させていただきます。
- ※ 出産日と出産する方のお名前が確認できる書類の該当ページの写しを必ずご添付ください。
- 【例】 母子健康手帳の市町村の証明印、出産者氏名、出産日の記載がある全ページの写し
- ※ 但し、多胎妊娠の場合は人数分の該当ページの写しが必要となります。

組 合 記 入 欄	対象期間	年 月分 ~ 年 月分		
	免 除 額	円× カ月 = 円	調 定 年 月	年 月
		円× カ月 = 円		
	合計	円		