

理事長	常務理事	事務長	係	年 月 日 起案
				年 月 日 決裁

## 産前産後期間に係る保険料免除届出書

被保険者 記号番号		組合員種別	<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 該当箇所に☑を入れてください。		
組合員	氏名	フリガナ	住所		
	生年月日	年 月 日	個人番号		
出産する 被保険者 ※	氏名	フリガナ	※出産する方が組合員の場合、記入は不要です。		
	生年月日	年 月 日	個人番号		
出産予定日 又は出産日	令和 年 月 日	出産種別	単胎 ・ 多胎	備考	<input type="checkbox"/> 死産

**【産前産後期間中の保険料免除の還付金振込先について】**

保険料の還付金は、原則として薬剤師国保に登録の保険料振替口座へ還付します。

◎事業所の保険料納入方法が「郵便振替」又は「個人送金」の場合は、指定の口座に振込しますので、口座情報を記入してください。

金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義
銀行	当座		フリガナ
信金 店	普通		

静岡県薬剤師国民健康保険組合規約 第22条の2項 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。

令和 年 月 日 (届出日)

事業所所在地

事業所名称

事業主組合員氏名

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

<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。出産後の届出も可能です。

2. 次のものを添付してご返送ください。

出産前)に届出の場合、出産予定日又は出産日を確認できる書類(母子健康手帳など)

出産後)に届出の場合、出産した被保険者と当該出産に係る子の身分関係を明らかにすることができる書類(戸籍謄本、住民票、母子健康手帳など)

組合記入欄

免除期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月 分
還付金額	等級 円×4 = 円
還付日	令和 年 月 日