理事長	常務理事	事務長	係

産前産後期間の保険料軽減届出書

被保険者証 記号・番号	記号	崎薬	番号		
組合員	氏名				
出産(予定)者	氏名			組合員 との続柄	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日			
出産予定日又は出産日		令和　　年　　月　　日			
単胎・多胎の別		単　胎　　・　　多　胎			

※添付書類　　**□　出産する方の氏名、出産予定日（出産日）を確認できる書類（母子健康手帳の写し等）を添付してください。**

事業主記入欄	事業所所在地 事業所名 事業主氏名 （連絡先TEL　　－　　－　　）

上記のとおり届出します。　　令和　　年　　月　　日

長崎県薬剤師国民健康保険組合　理事長様

＜注意事項＞

1. 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日ではなく出産日を記入してください。
2. 以前加入していた医療保険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。
3. 保険料還付の場合は保険料引落口座へのお振込みといたします。

	軽減対象期間	軽減対象月数	軽減決定額
組合記入欄	令和　　年　　月分　～ 令和　　年　　月分	令和　　年度分　　か月 令和　　年度分　　か月	円 □減額　　□還付