

産前産後の保険料軽減措置届出書

組合員 ☒を入れてください ☐ 甲種 ☐ 乙種	被保険者記号・番号	佐齒		
	氏 名			
	生 年 月 日			
	住 所			
	電 話 番 号			
対象者 (出産する方)	☐ 組合員が出産する ☐ 組合員の家族が出産する ※どちらかに☒を入れて下さい。 組合員が出産する場合は以下の氏名・生年月日の記載は不要です			
	氏 名			
	生 年 月 日			
出産予定日又は出産日		令和 年 月 日		
単胎妊娠・多胎妊娠の別		☐ 単胎 ☐ 多胎		
上記のとおり、必要書類を添えて届け出ます。				
令和 年 月 日				
歯科医院名				
組合員氏名				
佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 様				

○甲種組合員（事業主）記入欄
保険料の還付が発生する場合の保険料振込先口座【事業主の口座】をご記入ください。

振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 ()							
	預金種目	1. 普通 2. 当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

【添付書類】
母子健康手帳の写し（表紙及び分娩予定日が載っているページ）
※出生後は母子健康手帳の表紙及び出生届出済証明が載っているページの写し

- 【注意事項】
- 1. 出産する方以外の保険料は免除対象となりません。
 - 2. この届出書は出産予定日の6ヶ月前から提出することができます。
 - 3. 保険料の還付が発生する場合は事業主の口座に還付を行います。

組合記入欄

決 裁	常務理事	事務長	係	入力	対象期間	年 月分 ～ 年 月分	
					還 付 額		
					還付年月日		

《記入例》

産前産後の保険料軽減措置届出書

組合員 ☒を入れてください ☐ 甲種 ☒ 乙種	被保険者記号・番号	佐齒 1 2 3 4 5 6 7 8
	氏 名	国保 花子
	生 年 月 日	平成 6 年 1 月 1 日
	住 所	〇〇市〇〇町1234番地
	電 話 番 号	0123-456-7890
対象者 (出産する方)	☒ 組合員が出産する ☐ 組合員の家族が出産する ※どちらかに ☒ を入れて下さい。 組合員が出産する場合は以下の氏名・生年月日の記載は不要です	
	氏 名	
	生 年 月 日	
出産予定日又は出産日		令和 6 年 5 月 1 日
単胎妊娠・多胎妊娠の別		☒ 単胎 ☐ 多胎
上記のとおり、必要書類を添えて届け出ます。 令和 6 年 4 月 1 日 歯科医院名 佐賀歯科医院 組合員氏名 国保 花子 佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 様		

○甲種組合員（事業主）記入欄
保険料の還付が発生する場合の保険料振込先口座【事業主の口座】をご記入ください。

振込先	金融機関名	国保 銀行 信用金庫 中央 本店 支店									
	預金種目	1. 普通	2. 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	サガシカイイン サガ イチロウ									
	口座名義人	佐賀歯科医院 佐賀 一郎									

- 【添付書類】
母子健康手帳の写し（表紙及び分娩予定日が載っているページ）
※出生後は母子健康手帳の表紙及び出生届出済証明が載っているページの写し
- 【注意事項】
1. 出産する方以外の保険料は免除対象となりません。
2. この届出書は出産予定日の6ヶ月前から提出することができます。
3. 保険料の還付が発生する場合は事業主の口座に還付を行います。

組合記入欄

決裁	常務理事	事務長	係	入力	対象期間	年 月分 ～ 年 月分	
					還付額		
					還付年月日		

産前産後期間（４ヶ月分）の国民健康保険料が免除されます

1. 対象となる方

令和５年１月１日以降に出産、または出産予定の当組合の被保険者

※妊娠８５日（４ヶ月）以上の出産が対象（死産、流産、早産及び人工妊娠中絶の場合を含む）

2. 免除となる保険料

出産する被保険者本人の「医療給付費分」「後期高齢者支援金分」「介護納付金分」保険料

3. 免除となる期間

単胎の方：出産予定月（または出産月）の前月から４ヶ月間

多胎の方：出産予定月（または出産月）の３ヶ月前から６ヶ月間

	3ヶ月前	2ヶ月前	1ヶ月前	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	免除期間
単胎の方				出産予定月			4ヶ月間
多胎の方				出産予定月			6ヶ月間

- 令和５年度においては、産前産後期間のうち令和６年１月以降の期間の分だけ保険料が免除されます。

令和５年８月	９月	１０月	１１月	１２月	令和６年１月	２月	免除期間
			出産月				1ヶ月間

※この制度は令和６年１月１日より開始のため、産前産後期間のうち令和６年１月以降の保険料が免除されます。令和５年１２月以前の期間については免除の対象となりません。

 …免除対象期間

4. 届出方法・必要書類

次の書類を事業主経由で提出する（保険料還付先に事業主口座の記入が必要）

①産前産後の保険料軽減措置届出書

②出産予定日（または出産日）を確認できる書類

- ・出産前：母子健康手帳の表紙及び分娩予定日が載っているページの写し
- ・出産後：母子健康手帳の表紙及び出生届出済証明が載っているページの写し

5. その他

- ・保険料の免除分は事業主から毎月納付いただく保険料で調整をします。保険料の調整ができない場合は、甲種組合員（事業主）の口座へ還付します。
- ・出産予定日で届出をした場合で、出産予定月と実際の出産月が異なる場合でも、当初の届出内容のまま（出産予定日で）適用します。

書類提出先・問い合わせ先

佐賀県歯科医師国民健康保険組合

〒840-0045 佐賀県佐賀市西田代 2-5-24 TEL：0952-28-7551