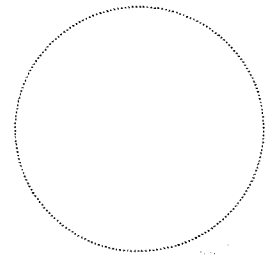


神奈川県薬剤師国民健康保険組合
産前産後期間の保険料免除申請書



組 合 員	被保険者証の 記号・番号	3 4 -										
	氏 名							続 柄	本 人			
	個人番号 (マイナンバー)							生年月日	昭和 平成	年 月 日		

出産した(する)のは 組合員本人 家 族 どちらかに✓を入れてください。

※出産した方が組合員本人の場合は以下太枠内の記載は不要です。

(出 産 し た 方)	氏 名							組合員 との続柄			
	個人番号 (マイナンバー)							生年月日	昭和 平成	年 月 日	

出産年月日 (出産予定日)	令 和	年	月	日	出産種別	単 胎	多 胎
------------------	-----	---	---	---	------	-----	-----

事 業 主 記 入 欄	事業所所在地	〒										
	事業所名							TEL	()			
	事業主名											

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

〒

住 所

組合員

氏 名

※ 申請に必要なもの

- 母子健康手帳の写し(子の保護者の氏名、出生届出済証明(出産予定日)、出産種別(単胎・多胎)が載っているページ)

【注意事項】

- この申請書は、出産予定日の6ヶ月前から提出することができます。
- 以前加入していた医療保険者に産前産後期間の保険料免除について届け出ている場合は、その際に届け出た出産年月日(出産予定日)を記入してください。

決 裁	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	主 幹	担 当

組合記入欄

対象期間	年 月分～ 年 月分
還付額	円 × ヶ月 =
	薬局口座 個人口座
還付年月日	