

産前産後の保険料軽減措置に係る 届出書

大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿

受付日

組合規約第33条の3に規定する出産被保険者について、**証明書類**を添えて、次のとおり届け出ます。

届出年月日 令和 6 年 6 月 3 日

届出者 (組合員)	被保険者証番号	1 8 8 0 1 2 3 4 1 0 2 2
	フリガナ	ショクヒン タケシ
	組合員氏名	食品 健 ㊟ (署名の場合は印省略可)
	住所	大阪府中央区大阪城1-1 キャッスル大阪 2345号
	電話番号	06 (9876) 5432

出産した方 (出産被保険者)	フリガナ	ショクヒン ヤスコ	組合員との関係	本人・ <u>家族</u>
	氏名	食品 康子		
	被保険者区分	事業主・従業員・ <u>家族</u>		
	生年月日	<u>平成</u> 昭和 62 年 1 月 23 日		
出産日	令和 6 年 5 月 10 日			
単胎妊娠・多胎妊娠の別	<u>単胎</u> ・多胎			

※軽減の対象となる保険料は令和6年1月以降分となります。

※この届出書に、下記の証明書類を添付してください。

- ①母子健康手帳の保護者氏名、出産届出済証明印のある頁の写し
(流産及び死産の場合は、医師の診断書の写し、死胎埋火葬許可証の写し等)

以下は事業主が記入してください。

「出産被保険者」に係る保険料は月々の保険料賦課額との相殺は行わず、減額対象となる期間(4か月又は6か月)経過後に、事業所保険料の収納確認後、下記の**事業主**振込先口座に一括してお振込みいたしますので、**届出者(組合員)にその保険料負担額をご返金ください。**
振込予定は出産月を含め5か月目の10日頃となります。

振込先 (事業主)	金融機関名	食品 <u>銀行</u> 信用金庫 信用組合・農協	店番号	1 2 3						
	預金種別	<u>普通</u> ・当座・その他()	本・支店名	中央 <u>本店</u> <u>支店</u>						
	フリガナ	コクホ ケンコウ	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	名義	国保 健康								

上記届出書を確認しました。

確認年月日 令和 6 年 6 月 3 日

事業主氏名 国保 健康 ㊟ (署名の場合は印省略可)

----- 組合記入欄 -----

振込予定年月日 令和 年 月 日 (通番) (支給番号)

軽減年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	合計
区分	事・従・家	事・従・家	事・従・家	事・従・家	事・従・家	事・従・家	
保険料額							
	円	円	円	円	円	円	円