

◎届出は出産日の属する月の翌々月を経過後(それ以前に資格喪失の場合は喪失の日)に提出してください。

<b>産前産後期間の保険料軽減(還付)申請書</b>				
組合員	被保険者証番号 又は組合員証番号	宮医 A	種 別	<input type="checkbox"/> 第1種組合員A <input type="checkbox"/> 第1種組合員B <input type="checkbox"/> 第1種組合員C <input type="checkbox"/> 第2種組合員
	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日( 歳)
			個人番号 (マイナンバー)	
分娩者	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日( 歳)
	資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失年月日 <small>※資格喪失されている場合のみ記入</small>	令和 年 月 日
	組合員との続柄	組合員・家族( )	個人番号 (マイナンバー)	
新生児氏名		( 男 女 )		
分 娩 日	令和 年 月 日	単胎・多胎の別	<input type="checkbox"/> 単 胎 <input type="checkbox"/> 多 胎	
分娩の種別	<input type="checkbox"/> 生産、 <input type="checkbox"/> 早産(妊娠 週)、 <input type="checkbox"/> 流産(含む人工流産 妊娠 週)、 <input type="checkbox"/> 死産			
上記のとおり、必要書類を添えて産前産後期間の保険料軽減(還付)の申請をします。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日(提出日)</div> <div style="text-align: center;">〒 -</div> 住 所 第1種組合員 (医 師) 氏 名  電話番号 ( ) - 宮城県医師国民健康保険組合理事長 様				

- 注) 母子手帳など、出産日・多胎妊娠・親子関係を明らかにすることが出来る書類(写し)を添付してください。  
 ※ 妊娠85日以上での分娩をした分娩者の保険料が対象。(家族がいた場合、家族の保険料は軽減対象外)  
 ※ 軽減(還付)保険料は第1種組合員の保険料引き去り口座に振り込みます。

D L

**〔組合記入欄〕**

軽減対象区分	1組A・1組C・2組	会計常務理事	会計理事	事務長	担当者
	1家A・1家B・1家C・2家				
保険料軽減期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月まで 月分			支給日	令和 年 月 日
医療		後期		備考	
介護		計			

※ 当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。