

産前産後の保険料軽減措置届出書 兼 申請書

大阪府浴場国民健康保険組合 理事長 様

申請日 : 令和 年 月 日

申請者住所 : _____

氏名(世帯主) : _____

大阪府浴場国民健康保険組合同規約第24条の3に規定する出産被保険者について、下記のとおり保険料の軽減措置を申請します。

出産した方の氏名	生 年 月 日	住 所
(フリガナ)	昭和 ・ 平成	〒 -
	年 月 日	
電話番号		個人番号 (マイナンバー)
出 産 日	令和 年 月 日	単胎又は多胎 どちらかに○
		単胎妊娠 ・ 多胎妊娠

【事業所が法人の場合は、下記に事業主のサインをお願いします。】 (個人事業所は記載不要)

事業主名 _____

振込先口座情報

金融機関名		支店名	支店
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義			

〈注意事項〉

- 届出書兼申請書を提出する場合は、必ず出産日を記入してください。なお、以前加入していた医療保険者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、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。
 - 届出に当たっては、この届出書兼申請書に次の書類を添えて提出してください。
 - ・ 出産日を確認することができる書類 (母子健康手帳のコピー等)
 - ・ 多胎妊娠の場合は、新生児全員分の母子健康手帳のコピーを提出
- ※この届出書兼申請書により、保険料納付済額から軽減額を後日指定口座へお振込みします。
(詳細は本組合のホームページをご覧ください。)

《提出先》 大阪府浴場国民健康保険組合

大阪市浪速区敷津東2丁目2番8号

大阪木津卸売市場内南棟2階

TEL : 06-6634-2510