



# 産前産後保険料軽減措置還付申請書

対象者	記号番号	9999 - 012 (枝番) 02	
	氏名	愛知 松子	
出産した方	資格取得日	昭和・平成 <b>令和</b> 2年 4月 1日	
	資格喪失日	令和 年 月 日 ※喪失されるご予定のある方のみご記入ください。 ※還付(免除)期間より前にさかのぼって資格を喪失した場合は返金していただくことになります。	
	生年月日 および年齢	昭和・平成 <b>8</b> 年 1月 3日 ( <b>28</b> 歳)	
	職種登録 (○をうってください)	・ 歯科医師 ・ 分院長 <input checked="" type="radio"/> その他(歯科医師・分院長以外)	
連絡先	080 - XXXXX - △△△△		
出産日	令和 6年 2月 20日	還付期間 ※単胎の場合：出産前月、出産月、出産後2か月の 合計4か月分の保険料(介護保険料を含む)を免除還付 ※多胎の場合：出産3か月前から出産月、出産後2か月の 合計6か月分の保険料(介護保険料を含む)を免除還付	
出産人数 (○をうってください)	<input checked="" type="radio"/> 単胎 ・ 多胎(双子以上)		
添付書類	母子手帳のコピー(市町村の証明欄)を添付してください。(多胎の場合は全員分)		
<p>上記のとおり、申請します。</p> <p style="text-align: center;"><b>出産月の3か月以降</b></p> <p>令和 6年 5月 1日</p> <p><b>対象者(出産した方)署名</b> (対象者が正組合員の場合のみ記載不要)</p> <p>住所 <b>名古屋市東区葵2-3-4 葵マンション1234</b></p> <p>氏名 <b>愛知 松子</b></p> <p><b>正組合員署名</b></p> <p>診療所住所 <b>名古屋市中区丸の内1-1-1</b></p> <p>診療所名 <b>名古屋歯科医院</b></p> <p>正組合員氏名 <b>名古屋 太郎</b></p> <p>電話番号 ( <b>052</b> ) <b>962</b> - <b>0101</b></p> <div style="text-align: right;">               ↑  <b>印鑑は必要です</b>              ↓   </div>			

※申請は、出産月の3か月後以降、2年以内に申請してください。

※組合で出産した事実を確認し、会議にて承認後、正組合員の保険料引落し口座に振り込みます。

以下は組合記入欄です。

	3か月前 (多胎児のみ)	2か月前 (多胎児のみ)	前月	出産月	1か月後	2か月後	合計
保険料							
介護保険料 (40歳以上)							
月額合計							

# 産前産後保険料軽減措置還付申請書

対象者  出産した方	記号番号	-	(枝番)	
	氏名			
	資格取得日	昭和・平成・令和	年	月 日
	資格喪失日	令和 年 月 日		
		<small>※喪失されるご予定のある方のみご記入ください。 ※還付(免除)期間より前にさかのぼって資格を喪失した場合は返金していただくことになります。</small>		
	生年月日 および年齢	昭和・平成	年	月 日 ( 歳)
	職種登録 (○をうってください)	・ 歯科医師 ・ 分院長 ・ その他(歯科医師・分院長以外)		
連絡先	-			
出産日	令和 年 月 日	還付期間 ※単胎の場合：出産前月、出産月、出産後2か月の 合計4か月分の保険料(介護保険料を含む)を免除還付 ※多胎の場合：出産3か月前から出産月、出産後2か月の 合計6か月分の保険料(介護保険料を含む)を免除還付		
出産人数 (○をうってください)	・ 単胎 ・ 多胎(双子以上)			
添付書類	母子手帳のコピー(市町村の証明欄)を添付してください。(多胎の場合は全員分)			
<p>上記のとおり、申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p><b>対象者(出産した方)署名</b> (対象者が正組合員の場合のみ記載不要)</p> <p>住所</p> <p>氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p> <p><b>正組合員署名</b></p> <p>診療所住所</p> <p>診療所名</p> <p>正組合員氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p> <p>電話番号 ( ) -</p>				

※申請は、出産月の3か月後以降、2年以内に申請してください。

※組合で出産した事実を確認し、会議にて承認後、正組合員の保険料引落し口座に振り込みます。

以下は組合記入欄です。

	3か月前 (多胎児のみ)	2か月前 (多胎児のみ)	前月	出産月	1か月後	2か月後	合計
保険料							
介護保険料 (40歳以上)							
月額合計							

# 産前産後期間保険料免除申請について

～令和6年1月より適用、令和6年4月より申請が可能となります～

拝啓 平素は本組合運営にご協力賜り厚く御礼申し上げます。

さて、国の施策により定められました標記の件につきまして、本組合においても、出産日を基に保険料を還付(免除)することになりました。

対象となられる方がいらっしゃいましたら下記要綱をお読みいただきご申請ください。

## 記

### 1.申請用紙

順次ホームページに掲載。

確認書類として母子手帳のコピー(市町村の証明欄)をご添付ください。

なお申請は、出産月の3か月後以降、2年以内にご申請ください。

### 2.対象者

令和5年11月1日以降に出産された方。ただし適用日が令和6年1月なので、「産後2か月後」の1か月分のみ申請可能。

同様に令和5年12月に出産された方は、「産後1か月後」「産後2か月後」の2か月分のみ申請可能。

※出産とは妊娠85日(4か月)以上です。(早産・死産・流産及び人工妊娠中絶された方を含まず)

### 3.免除の期間および金額

※単胎児の場合：出産前月・出産月・出産後2か月の、合計4か月分の保険料(介護保険料含む)を全額免除還付。

※多胎児の場合：出産3か月前から出産前月・出産月・出産後2か月の、合計6か月分の保険料。

(介護保険料含む)を全額免除還付。

例1) 40歳未満の準組合員(歯科医師以外)がおひとり出産された場合

	3か月前	2か月前	前月	出産月	1か月後	2か月後	合計	
保険料	-	-	13,200	13,200	13,200	13,200	52,800	
介護保険料 (40歳以上)	-	-	0	0	0	0	0	申請金額
月額合計	-	-	13,200	13,200	13,200	13,200	52,800	52,800円

例2) 41歳の正組合員が双子を出産された場合

	3か月前	2か月前	前月	出産月	1か月後	2か月後	合計	
保険料	46,900	46,900	46,900	46,900	46,900	46,900	281,400	
介護保険料 (40歳以上)	5800	5800	5800	5,800	5,800	5,800	34,800	申請金額
月額合計	52,700	52,700	52,700	52,700	52,700	52,700	316,200	316,200円

### 4.振込口座について

※対象者がいずれの場合も「正組合員(院長)保険料引落とし口座」に還付。

### 5.振込通知について

※対象者が正組合員および家族の場合は「正組合員診療所」に送付。

※対象者が準組合員および準組合員家族の場合は、「正組合員診療所」および「準組合員住所」に送付。

(正組合員と準組合員に通知します)

なお組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用する事はありません。

ご不明点等ございましたら、下記までお問い合わせください。

問合せ先: 愛知県歯科医師国民健康保険組合 事務局  
〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目5番18号  
TEL(052)962-9539 FAX(052)962-9535