

産前産後 保険料軽減措置に係る 届出書

近畿税理士国民健康保険組合 理事長 殿

組合規約第19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 年 月 日

届出者(組合員)	被保険者証番号	税国	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	組合員氏名	㊟ (署名の場合は印省略可)	
	住 所		
	電話番号	()	
	個人番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

出産した方 (出産被保険者)	氏 名		組合員との関係	本人・家族	
	被保険者区分 (□に✓をしてください)	<input type="checkbox"/> 税理士である組合員 <input type="checkbox"/> 従業者である組合員	<input type="checkbox"/> 勤務税理士である組合員 <input type="checkbox"/> 家	族	
	生年月日	平成・昭和	年	月	日
	個人番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
出 産 日		令和 年 月 日			
単胎妊娠・多胎妊娠の別		単胎妊娠 ・ 多胎妊娠			

※軽減措置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①、②の何れかの証明書類を添付してください。
 ①母子健康手帳の市町村の証明印のあるページのコピー
 ②病院等が発行する出産証明書のコピー

----- 以下は事務所代表者(事業主)が記入してください -----

上記の「出産被保険者」に係る保険料は還付額が確定後(出産月から約3ヵ月後)、事務所代表者(事業主)の**自動払込ご利用口座**にお振込みいたしますので、**届出者(組合員)にその負担額をご返金ください。**
 自動払込ご利用の **口座以外** にお振込みご希望の場合は、以下にご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他 ()	店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座 その他 ()	本・支店名	本店 支店	
	フリガナ				
	名 義				

上記届出書を確認しました。

確認年月日 令和 年 月 日

事務所代表者 氏名

㊟ (署名の場合は印省略可)

----- 組合記入欄 -----

振込予定年月 令和 年 月					
還付対象年月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	合 計
対象区分	税・勤・従・家	税・勤・従・家	税・勤・従・家	税・勤・従・家	
還付保険料額					