

理事 長	副理 事 長	常務 理 事	事務 [局] 長	課 長	業務 係	庶会 務計 係・

産前産後期間に係る保険料免除申請書												
出産 被保険者	※どちらかに ☒ チェックを入れて下さい。 ☐ 組合員 ☐ 家族											
	被保険者記号・番号		-									
	氏名											
	生年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日									
	個人番号 (マイナンバー)											
出産日		令和 年 月 日										
出産種別		単胎 ・ 多胎 (児)										
組合員	届出日		令和 年 月 日									
	氏名											
	住所 ※資格確認書に記載されている 住所をご記入ください。		〒									
上記のとおり、申請します。												
宮崎県医師国民健康保険組合理事長 様												

- <注意事項>
- 1 妊娠85日(4か月)以上の出産が対象です(死産、流産、早産及び人工妊娠中絶の場合も含む)。
 - 2 親子(母子)健康手帳の写し等、親子関係を確認できる書類を添付してください。
 - 3 当組合保険料の引き落とし口座（宮崎県医師会引去届出口座）に還付額をお振込みいたします。

組合 記載欄	免除期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月			
	還付額			還付日	