

# 産前産後期間相当分(4ヶ月分)の国民健康保険料が免除されます

## 対象となる方・受付期間

- 令和5年11月1日以降に出産した国民健康保険組合被保険者の方が対象です。

妊娠85日(4ヶ月)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みます)。

- 産後2か月を経過してから、2年内に申請してください。

## 国民健康保険料の軽減方法

出産予定月(又は出産月)の前月から出産予定月(又は出産月)の翌々月(以下「産前産後期間」といいます。)まで保険料が免除されます。

	3ヶ月前	2ヶ月前	1ヶ月前	出産予定月	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後
単胎の方							
多胎の方				出産予定月			

※出産される被保険者の方に賦課される産前産後期間の保険料が免除されます。

※多胎妊娠の場合は出産予定月(又は出産月)の3ヶ月前から6ヶ月相当分が免除されます。

令和5年度においては、産前産後期間のうち令和6年1月以降の期間の分だけ、保険料が免除されます。

令和5年8月	9月	10月	11月	12月	令和6年1月	2月
			出産予定月			

※令和5年11月に出産した場合、令和6年1月の保険料が免除されます。令和6年1月より前の期間については免除の対象とはなりません。

…免除期間

※保険料は事業主(院長先生)の口座から徴収している為、同じ口座に還付します。

## 届出に必要な書類

- ①産前産後の保険料軽減措置届出書
- ②母子健康の出生届出済証明のコピー(多胎の場合は全員分)※

※死産の場合は死産証書のコピーを添付して下さい。

(出産手当金支給申請書と一緒に産後8週が経過した後にご提出ください。その場合母子手帳のコピーは一部で結構です。)

## 届出先

全国歯科医師国民健康保険組合 新潟県支部

〒950-0982 新潟市中央区堀之内南3-8-13 TEL 025-250-7755

●添付書類について

母子手帳の出生届出済証明（証明済みであること）のページをコピーして添付して下さい。（多胎の場合は全員分）

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。				
子の保護者	続柄	ふりがな	生年月日(年齢)	職業
	母 (妊婦)		年月日 生(歳)	
	父		年月日 生(歳)	
			年月日 生(歳)	
居住地	電話			
	電話			
	電話			
<b>出生届出済証明</b>				
子の氏名	男・女			
出生の場所	都道府県	市区町村		
出生の年月日	年	月	日	
上記の者については 年 月 日 出生の届出があったことを証明する。				
市区町村長		印		
<b>証明済であること</b>				
赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。				

# 産前産後の保険料軽減措置届出書

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

国民健康保険組合規約 附則第14,15項に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

届出年月日		令和 年 月 日						
組合員	被保険者証番号	記号	全歯	番号				
	氏名							
	生年月日	昭和/平成 年 月 日						
	住所	〒						
	個人番号 マイナンバー							
	携帯番号	— —						
出産した方  組合員と同じ場合は、 記載不要	<input type="checkbox"/> 組合員と同じ <input type="checkbox"/> 組合員と違う ※どちらかに☑チェックを入れて下さい。							
	氏名							
	生年月日	昭和/平成 年 月 日						
	個人番号 マイナンバー							
	携帯番号	— —						
出産日		令和 年 月 日						
単胎妊娠・多胎妊娠の別		<input type="checkbox"/> 単胎		<input type="checkbox"/> 多胎(双子以上の場合)				
届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。 ・母子手帳の出生届出済証明(証明済みであること)の写し(多胎の場合は全員分) ※死産の場合は死産証書の写しを添付して下さい。								
【事業主確認欄】  1種組合員/ 後期高齢者の 1種組合員	被保険者証番号	記号	全歯	番号				
	氏名	印 (自署の場合は不要)						
	診療所住所	〒						
※保険料が免除された場合、払いすぎとなった保険料は事業主を通して還付されます。								

出産した方の加入日		
年 月 日		
保険料免除期間		
年 月～ 年 月 (4ヶ月／6ヶ月)		

支部長	支部常務	係

