

出産被保険者	被 保 険 者 号	沖医国	番号
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
	住 所	〒	
	電 話 番 号		
	出産予定日または出産日	令和 年 月 日	
	単胎妊娠・多胎妊娠の別	単 胎 ・ 多 胎	

沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿

沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

〒

住 所

医師組合員

氏 名

医療機関名称 ()

⑩

1. この届出書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。
2. 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日の代わりに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は、その際に届け出た出産予定日または出産日を記入してください。
3. 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添付してください。
 - ① 届出が出産予定日前の場合
 - ・ 出産予定日が確認できる書類（母子手帳の表紙及び出産予定日が記載されたページのコピー 等）
 - ② 届出が出産後の場合
 - ・ 出産日が確認できる書類（母子手帳の表紙及び出産日が記載されたページのコピー、出生証明書 等）
 - ・ 親子関係を確認する書類（続柄が記載された住民票謄本 等）
 - ③ 単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類
4. 軽減した保険料は、出産後に保険料引き落とし口座に還付します。

[illegible]