

宮歯国発第 47 号
令和 6 年 1 月 26 日

事業主組合員 殿

宮城県歯科医師国民健康保険組合
理事長 細谷 仁 憲



産前産後期間の保険料免除について（通知）

当国保組合の事業運営につきましては、日ごろ格別のご理解をいただき感謝申し上げます。

さて、宮歯会報を通じてご案内をしておりましたが、被保険者の産前産後期間の保険料免除措置として、令和 6 年 1 月 1 日から下記のとおり実施することになりました。

つきましては、該当される場合は別紙により届け出をされますようお願い申し上げます。

なお、詳細については別添リーフレットを参照願います。

記

【該当者（保険料免除対象者）】

令和 5 年 1 月 1 日以降に出産した方

【免除される保険料】

○出産したお子さんが 1 人の場合

出産月の前月から出産した月の翌々月分までの 4 か月分保険料

○出産したお子さんが 2 人以上の場合

出産月の 3 か月前から出産した月の翌々月分までの 6 か月分保険料

【保険料免除方法】

保険料をいったん徴収し、免除期間終了後、事業主の銀行口座に還付

【届出方法】

出産後、別添の届出書を当組合あてに提出

（届出書は、ホームページからダウンロードすることができます。）

宮城県歯科医師国保組合
荘司 ・ 森
TEL 022-223-9577
FAX 022-223-9586
kokuho@miyashi.or.jp

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・免除する保険料・受付期間

- ◎令和5年11月1日以降に出産され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)以上の出産で、死産、流産、早産及び人工妊娠中絶の場合も含まれます。
- ◎出産被保険者本人の国民健康保険料、介護保険料を免除します。
- ◎出産後、届出をしてください。

国民健康保険料の免除方法

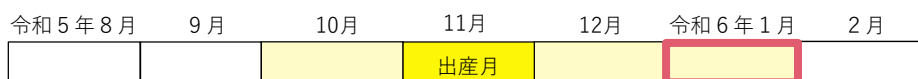
- ◎出産月の前月から出産月の翌々月(以下「産前産後期間」といいます。)までの保険料が免除されます。



※多胎出産の場合は出産月の3ヶ月前から6ヶ月相当分が免除されます。

- ◎産前産後期間のうち令和6年1月分からの保険料が免除されます。

例) 令和5年11月に出産した場合、令和6年1月分のみ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にはなりません。

- ◎免除対象となる保険料はいったん納付していただきますが、国保組合へ届出書を提出後、事業主を通じて還付します。

届出に必要な書類

- 産前産後の保険料軽減措置届出書
- 母子手帳「出産届出済証明」(1ページ)及び「出産の状態」(14ページ)の写し

届出先

宮城県歯科医師国民健康保険組合

〒980-0803 仙台市青葉区国分町1-5-1
TEL: 022-223-9577

常務理事	事務局

産前産後の保険料軽減措置届出書

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

宮城県歯科医師国民健康保険組合同約第16条の3に規定する被保険者について、次のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

組 合 員	被保険者証	番号				A												枝番			
	氏名																				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日																			
	住所																				
	個人番号																				※マイナンバーをご記入ください
	電話番号	— —																			
出 産 し た 方	どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。組合員と同じ場合は、以下の記載は不要です。																				
	<input type="checkbox"/> 組合員と同じ										<input type="checkbox"/> 組合員と違う方										
	被保険者証	番号					A													枝番	
	氏名																				
生年月日	昭和・平成 年 月 日																				
個人番号																					※マイナンバーをご記入ください
出産年月日	令和 年 月 日																				
単胎妊娠・多胎妊娠の別	単胎・多胎																				

【振込先口座】※必ず事業主名義の口座をご記入願います。

金融機関名	銀行 本・支店																				
種別	普通預金						当座預金						貯蓄預金								
口座番号																					※左詰めでご記入ください
口座名義人	(フリガナ)																				
事業主確認欄	(診療所名)																				
	(事業主氏名)																				

【添付書類】

- 母子手帳の「出産届出済証明」(1頁)及び「出産の状態」(14頁)の写し