

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

銚子市長 様

銚子市国民健康保険条例第 22 条の 4 第 1 項の規定により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	年 月 日	
国保記号番号		
世帯主 (届出人)	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	個人番号	
	住 所 電話番号	Tel. — —
出産被保険者 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ ※世帯主と同じ場合は、右欄への記入は不要です。	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	個人番号	
	住 所 電話番号	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ Tel. — —
出産(予定)日	<input type="checkbox"/> 出産予定日・ <input type="checkbox"/> 出産日 年 月 日	
単胎・多胎妊娠の別	<input type="checkbox"/> 単胎妊娠 <input type="checkbox"/> 多胎妊娠 (胎)	

<注意事項>

- 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。
- 出産後にこの届出を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。
なお、以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険料軽減について届け出ている場合は、その際に届けた出産予定日又は出産日を記入してください。
- 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 出産予定日または出産日を確認することができる書類
② 単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類

<< 事務処理欄 >>

添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 ※出産(予定)日及び単胎・多胎妊娠確認 <input type="checkbox"/> その他()
軽減期間	年 月 から 年 月 まで
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()

入力者	確認者