

産前産後期間に係る国民健康保険料軽減届出書

年 月 日

紀北町長様

(世帯主) 住所 紀北町

氏名

生年月日 年 月 日

個人番号

電話番号

(代理人) 氏名

紀北町国民健康保険条例第40条の3に規定する出産被保険者について次の通り届け出します。

被保険者証記号番号		
出産する方	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	個人番号	
出産予定日又は出産日		年 月 日
単胎妊娠、多胎妊娠の別		単胎 ・ 多胎

<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していた場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。

<添付書類>

- 出産予定日を確認することができる書類。(出産後に届出を行う場合は、出産日を確認することができる書類。)
- 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。

(町記入欄)

軽減対象月	軽減対象月数	届出日	受付者
年 月分 ~	当該年度分 か月	<input type="checkbox"/> 出産前	
年 月分	翌年度分 か月	<input type="checkbox"/> 出産後	