

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

令和 ●年 ●月 ●日

(あて先) 茅ヶ崎市長

茅ヶ崎市国民健康保険条例第48条第3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。

被保険者記号・番号

08 - 1234567

世帯主

住所 茅ヶ崎市
茅ヶ崎1丁目1番1号

氏名 茅ヶ崎 太郎

生年月日 昭和 ・ 平成 5 年 5 月 5 日

個人番号 ○○○○ - △△△△ - □□□□

連絡先 ○○○ (△△△△) □□□□ 自宅・携帯・その他 ()

出産する方

出産する方 = 世帯主 (記載不要です)

住所 世帯主と同住所
茅ヶ崎市

氏名 茅ヶ崎 花子

生年月日 昭和 ・ 平成 6 年 6 月 6 日

個人番号 △△△△ - □□□□ - ○○○○

連絡先 △△△ (□□□□) ○○○○ 自宅・携帯・その他 ()

出産予定日又は出産日 令和 6 年 7 月 7 日 (出産予定日 ・ 出産日)

単胎妊娠又は多胎妊娠の別 単胎 ・ 多胎

<注意事項>

- この届出書は、出産予定日の6カ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、その際に届け出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えてください。
 - ① 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)
 - 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

添付書類	受付者	入力者	確認者	賦課	受付印							
母子手帳コピー ()				OL BT								
軽減月 (R5)	4	5	6	7		8	9	10	11	12	1	2
(R6)	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3