

国民健康保険料軽減届出書（産前産後期間用）

年 月 日

大田市長

様

納付義務者(世帯主)

住 所 大田市

氏 名

生年月日

電話番号

個人番号

大田市国民健康保険条例第15条の5及び第20条の4の規定により、下記のとおり国民健康保険料の軽減に関する事項について届出します。

被 保 険 者 記号番号	0 5 -			
軽減対象者 (出産者)	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ（軽減対象者が世帯主である場合は記入を省略できます。）			
	氏 名			
	生年月日		個人番号	
出産予定日 または出産日	年 月 日			※予定日と出産日が異なっても 届出の必要はありません
妊娠の区分	単胎 ・ 多胎			
添付書類	母子健康手帳などの写し <input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 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			

【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。