

産前産後期間に係る
国民健康保険料減額届

太線枠内の必要事項をすべて記入してください。

出産被保険者			
個人番号		国保番号(寝国)	
(フリガナ) 氏名		生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
住所	寝屋川市		
出産(予定)日	年 月 日		
単胎妊娠又は 多胎妊娠の別	1. 単胎 2. 多胎		
上記のとおり寝屋川市国民健康保険条例第 24条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。			
令和 年 月 日			
(宛て先) 寝屋川市長			
住所 寝屋川市			
(世帯主) 氏名 _____ 電話番号 _____			
生年月日 _____ 年 月 日 個人番号 _____			
住所 _____			
(届出人) ※世帯主の場合 は記入不要			
氏名 _____ 電話番号 _____			
世帯主との続柄()			
<注意事項>			
1. 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。			
2. 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。			
3. 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。			
出産(予定)日を確認することができる書類(母子健康手帳等)			
※多胎妊娠の場合、その旨を明らかにすることができる書類(母子健康手帳等)が必要です。			
※別世帯の子の場合、出生証明書など出産日及び親子関係を明らかにする書類が必要です。			

[以下担当課記入欄]

受付印

供 覧	課 長	課長代理	係 長	係 員

C.S受付

対象期間	年 月 ~ 年 月
------	-----------

受 付	入 力	確 認