

産前産後期間に係る国民健康保険料軽減届出書

令和 年 月 日

(宛先) 柏原市長

柏原市国民健康保険条例第25条の3の規定により、次のとおり届け出ます。

世帯主	フリガナ							生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	氏名								<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	柏原市										
	電話番号											
	個人番号											
出産する方	<input type="checkbox"/> 世帯主と同一											
	フリガナ							生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	氏名								<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	柏原市										
	個人番号											
出産予定 又は出産日	出産予定日	令和 年 月 日										
	出産日	令和 年 月 日										
単胎又は多胎妊娠の別		単胎 ・ 多胎										

<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の又は出産日を記入してください。
3. 届出に当たっては、出産される方と出産（予定）日、単胎又は多胎妊娠の別がわかる書類
（母子手帳の写しなど）を添えてください。

【確認事項】

添付書類	<<出産予定>> <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 ※「子の保護者」「出産予定日」の記載ページ	<<出産後>> <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 ※「子の保護者」「出産届出済証明書」の記載ページ	他市からの転入の有無	
	<input type="checkbox"/> その他の証明書 ()	<input type="checkbox"/> 同一世帯住基確認済 <input type="checkbox"/> その他の証明書 ()	<input type="checkbox"/> 有 [市町村名:] [出産(予定)日:]	<input type="checkbox"/> 無 [確認日:]
			備考	

※多胎妊娠・出産の場合は、全ての子の資料の確認が必要。

事務処理欄						
受付印	宛名番号			国保番号		
	適用期間			受付	入力	確認
	年 月 ~ 年 月					