産前産後期間に係る保険料減額届出書

受　付　印

年　　月　　日

尾 道 市 長 様

尾道市国民健康保険条例第１９条の６第１項の規定により、出産被保険者について次のとおり届け出ます。

被保険者番号				
申請者 （窓口に来た人）		□世帯主　　□出産被保険者 □その他　世帯主との続柄： 氏名 TEL：		
世 帯 主	住 所	尾道市　　町　　番地 丁目　　番　　号		
	氏 名		生年月日	年　　月　　日
	個人番号			
出産被保険者	氏 名	□世帯主に同じ	生年月日	年　　月　　日
	個人番号			
出産予定日又は出産日		年　　月　　日		
単胎妊娠又は多胎妊娠の別		□　単　　胎　・　□　多　　胎		

※該当する□をチェックしてください。

※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　以前お住まいの市町村に産前産後期間に係る保険料減額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。

3　届出に当たっては、出産(予定)日と単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認できる書類(母子健康手帳の写しなど)を添えてください。

……

【市記入欄】

出産被保険者の宛名番号					
届　　出　　日		□　出産前　・　□　出産後			
減額対象期間		年　　月～　　年　　月			
減額対象年度		単年度(　　年度分)　・　複数年度(　　年度分・　年度分)			
受付者		入力者		確認者	