

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

年 月 日

大村市長 様

太枠の中を記入

世帯主	国保番号	
	氏名	
	個人番号	
	生年月日	年 月 日
	住所	
	電話番号	— —
出産する方	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	
	氏名	
	個人番号	
	生年月日	年 月 日
	住所	
出産の内容	出産予定日 又は出産日	※以前お住まいの市町村で届け出ている場合は、その際の出産予定日（又は出産日）を記入 年 月 日
	単胎・多胎 妊娠の別	<input type="checkbox"/> 単胎妊娠 <input type="checkbox"/> 多胎妊娠
添付書類		<ul style="list-style-type: none"> ・ 出産予定日（出産日）が確認できる書類 ・ 単胎妊娠又は多胎妊娠の別が確認できる書類 例) 母子健康手帳 など

受付	入力	確認