

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

届出者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

大村市国民健康保険条例第26条の3に規定する出産被保険者に係る届出について、次のとおり届け出ます。

1 世帯主

太枠の中を記入

国保番号	
氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
個人番号	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ

2 出産する方

世帯主と同じ ※世帯主と同じ場合は、この欄は記入不要です。

氏名	
個人番号	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ

3 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）を記入してください。 令和 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)

- ・ 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