産
前産後軽減用

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	□届出者と同じ
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
住　　所	□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	
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
住　　所	□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	□ 単胎妊娠　　□ 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