産前産後期間に係る保険税軽減届出書

あて先　日野市長

令和　　年　　月　　日

日野市国民健康保険条例第１７条の５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。

保険証番号		記号：３５－	番号：	
世帯主	（フリガナ）			
	氏名			
	生年月日		個人番号	
	住所			
	電話番号			
出産する方 □世帯主と同じ （右側の記入は不要）	（フリガナ）			
	氏名			
	生年月日		個人番号	
	住所	□ 世帯主と同じ		
	世帯主との続柄			
出産予定日または出産日		令和　　年　　月　　日		
単胎妊娠・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．提出にあたっては、この届出書に次の書類（母子手帳の写し等）を添付してください。

①出産予定日を確認できることができる書類

②単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類

以下、市役所にて使用（記入不要）

受付者		国保加入日	年　月　日		国保喪失日	年　月　日		
軽減期間	令和　年　月 から　令和　年　月 まで				確認者	／		
所得申告	済　・　未申告		入力確認		納通発送	月	引抜リスト	
マイナンバー	本人確認		代理権確認		番号確認		番号検索承諾	
備考						変更申請		