

国民健康保険出産被保険者該当届出書

日置市長 様

令和 年 月 日

日置市国民健康保険税条例第24条第3項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。

世帯主	フリガナ		個人番号												
	氏名		生年月日												
	住所	〒 —													
	電話番号														

出産する方	□ 世帯主と同じ（※本人の場合は以下記入不要）														
	フリガナ		個人番号												
	氏名		生年月日												
	住所	〒 —													
	電話番号														

出産日（予定日）	令和 年 月 日
※軽減対象期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月
※軽減対象月数	令和 年度 ヲ月 令和 年度 ヲ月
単胎又は多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎

【添付書類】 出産日（予定日）・多胎妊娠がわかる書類（母子手帳等の写し）

□ 申請時点で軽減適用期間を確定するため、出産月が変更になった場合でも軽減額は変更ありません。（資格喪失の場合は除く）

市確認欄

本人確認	運転免許証・マイナンバーカード・健康保険証・その他（ ）	
保険証番号		

健康保険課

受付力	令和 年 月 日	
確認		

税務課

確認	令和 年 月 日	
----	----------	--