

記号番号	豊国
------	----

産前産後期間に係る国民健康保険料軽減届出書

豊中市長あて

豊中市国民健康保険条例第23条の4第1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。

※太枠の中を記入してください

		届出年月日	年 月 日	
納付義務者 (世帯主)	住 所	豊中市		
	氏 名	生年月日	年 月 日	
	個人番号	電話番号	()	
出産する人	住 所	豊中市		
	氏 名	生年月日	年 月 日	
	個人番号	電話番号	()	
	出産予定または出産日	年 月 日		
	単胎妊娠または多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎		

添付書類	<input type="checkbox"/> 出産(予定)日の確認書類 母子健康手帳、妊娠証明書、出産(予定)証明書、分娩予定証明書 等
	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠の確認書類(多胎妊娠の場合のみ) 母子健康手帳(人数分)、妊娠証明書(多胎であることがわかる内容) 等
	<input type="checkbox"/> 出産した者と当該出産に係る子との身分関係を証明する書類(出産後の届出かつ被保険者と子が別世帯の場合) 子の住民票、戸籍謄(抄)本 等

《注意事項》

- 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。
- 以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険料減免について届け出ている場合は、その際届け出た出産予定日または出産日を記入してください。

豊中市国民健康保険条例第16条の4の規定により、減免してよろしいか。

転入日	年 月 日				
減免対象月	年 月 ~ 年 月				
更正月	納付書	入力日	入力者	保険料納付方法	備考
月	<input type="checkbox"/> 要 (月 から) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 手交付済 <input type="checkbox"/> バッチ処理			<input type="checkbox"/> 特別徴収 <input type="checkbox"/> 納付書 <input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 分納中	

決 裁	係	係 長	課長補佐	課 長	保 険 長

受付印
受付者