

## 産前産後期間に係る保険料軽減届出書

江津市長 あて

年 月 日

江津市国民健康保険条例第23条の4の規定により、次のとおり届け出ます。

被保険者証記号番号	07 -			
世帯主(届出人)	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所			
	電話番号			
	個人番号	●	●	●
出産(予定)被保険者  <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 世帯主と同じ場合は、 右欄への記入は不要 です。	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	個人番号	●	●	●
出産予定日または出産日	<input type="checkbox"/> 出産予定日 ・ <input type="checkbox"/> 出産日 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			

**【備考】**

- 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.以前お住いの市町村に産前産後期間の保険料軽減について届け出していた場合は、その際に届け出た出産予定日または出産日を記入してください。
- 3.届出にあたっては、この届出書に次の書類を添えてください。
  - (1)出産予定日または出産日を確認できる書類(母子健康手帳など)
  - (2)単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認できる書類(母子健康手帳など)
  - (3)出産後に届け出る場合は、出産した被保険者と子の身分関係が確認できる書類

※市記入欄

免除対象期間	出産被保険者の宛名番号
令和 年度 月分 ～ 令和 年度 月分	

〈本人〉

	確 認 方 法	確認日	印
身元 確認	個人番号カード ・ 免許 ・ 旅券		
	その他 ( ) 職員 ( )		
番号 確認	個人番号カード ・ 通知カード		
	住基 ・ その他 ( )		

〈代理人〉

	確 認 方 法	確認日	印
代理権 確認	戸籍謄本・委任状・登記事項証明書		
	その他 ( )		
代理人 確認	個人番号カード ・ 免許 ・ 旅券		
	その他 ( ) 職員 ( )		
番号 確認	個人番号カード ・ 通知カード		
	住基 ・ その他 ( )		