|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

**現年度・過年度随時（　　　年度）**

**産前産後期間に係る**

**国民健康保険料軽減届出書**

　尼　崎　市　長

尼崎市国民健康保険条例第１９条の２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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出年月日 | | 年　　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | | | | | | |
| 世　帯　主 | フリガナ |  | | | | 申請代理人 | |  | |
| 氏　　　名 |  | | | | （続柄　　　　　　） | |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | |
| 住　　　所 |  | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |
| 出産する方  □世帯主　□世帯員  ※世帯員の場合のみ  右覧を記入してください。 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | |
| 住　　　所  ※世帯主と異なる  場合のみ記入 |  | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |
| 出産予定日 または 出産日 | | 年　　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | |
| 単胎妊娠　または　多胎妊娠 | | 単　　胎　　　・　　　多　　胎 | | | | | | | |
| 〈注意事項〉  １　この届出書は、出産予定日の６カ月前から提出することができます。  ２　出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日の代わりに、出産日を記入してください。  なお、以前にお住まいの市町村に「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　届出に当たっては、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）と、単胎または多胎妊娠の別を明らかにすることができる書類  　　□母子健康手帳（表紙及び該当ページ）（写し）　□医療機関等が発行する出生証明書（写し）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  ② 死産等で母子健康手帳がない場合は、□死産証書（写し）　□死胎火葬許可証（写し）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 令和　　　 年　　　　月　　　　日  　　　尼崎市国民健康保険条例第１９条の６に  基づき、受理します。 | | | オン賦課／　済　・　未  決定通知／ 交付　・　未交付  納付書　　　　　月分 | | | | 本庁・阪塚・J尼・阪尼 | | |
| 課　長 | 係　長 | 係 | | 受　付 | | 入力 |
|  |  |  | |  | | 済 ・ 未 |