

産前産後期間に係る国民健康保険料軽減届出書

福知山市長 様

福知山市国民健康保険条例第25条の4に基づき下記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

世帯主	住所	福知山市											
	氏名												
	生年月日	昭	平	年	月	日							
	個人番号												
	電話番号	()	-									

■ 出産被保険者（出産する人/出産した人）

被保険者証	記号	福					番号							
出産予定日 (出産日)	令和	年	月	日	単胎妊娠または 多胎妊娠	単胎 ・ 多胎（2人以上） ※どちらかに○をつけてください。								
<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ（下欄の記入を省略できます）														
氏名						生年月日	昭	平	年	月	日			
個人番号														

※注意事項

- この届出は、出産予定日の6か月前から提出することができます。
- 出産後にこの届出をする場合は、出産予定日の代わりに出産の日を記入してください。なお、以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険料(税)軽減について届出をしていた場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。
- 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)日を確認することができる書類(「母子健康手帳」等)
 - ②単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類(「母子健康手帳」等)

決裁	課長	課長補佐	係長	係員

下記の欄は記入しないでください。

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他()												
届出者実存確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()												
手続方法	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人(委任状または類するものを提出)												
確認書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他()										受付者		
処理	国保資格取得日	昭和・平成・令和	年	月	日	賦課決定	<input type="checkbox"/> 済(期～) <input type="checkbox"/> 無						
	免除期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月											
	入力	令和	年	月	日	担当者名		確認	令和	年	月	日	担当者名