

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

令和 年 月 日

網走市長 様

納付義務者（世帯主）

住 所 網走市

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

個人番号

産前産後期間による保険料の減免を受けたいので国民健康保険条例第27条4項に基づき届け出します。

【 出産する方 】

1. 納付義務者と同じ（記載不要）
 2. その他（下記記載）

氏 名		生 年 月 日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 納付義務者と同じ（記載不要） <input type="checkbox"/> その他（下記記載）		
	網走市		
個 人 番 号			

【 出産予定日等 】（すべての方がご記入ください）

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

誠に恐れ入りますが、郵送ではなく窓口にてご提出いただきますようお願いいたします。
出産予定日等の確認のため、母子手帳をお持ちください。

<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。
- 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。
- 出産前の届け出は出産予定日・単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類を添付してください。

被保険者番号	宛名番号	確 認	備 考