

産前産後期間に係る保険料減額届出書					
届出日：令和 年 月 日					
(宛先) 河内長野市長					
(申請者)		住所 <input type="checkbox"/> 河内長野市			
		(フリガナ)			
		氏 名			
		電話番号			
		出産する方との続柄 本人・配偶者・その他 ()			
河内長野市国民健康保険条例第24条の3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。					
A.世帯主		被保険者番号			
フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	昭和・平成・西暦		
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日		
個人番号(※)					
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 河内長野市				
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
B.出産する方		<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ (記入不要)			
フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	昭和・平成・西暦		
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日		
個人番号(※)					
※個人番号は氏名・住所・生年月日等の項目を漏れなく記載いただいた場合は省略してもかまいません。					
C.出産予定日又は出産日		<input type="checkbox"/> 出産予定日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 出産日			
D.単胎妊娠又は多胎妊娠		<input type="checkbox"/> 単胎妊娠 <input type="checkbox"/> 多胎妊娠			
【注意事項】					
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. 出産予定で届出する場合は、出産予定日及び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（母子健康手帳のコピー（多胎妊娠の場合は人数分）など）を添えてください。					
3. 出産後に届出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。					
なお、以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険料減額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又は出産日を記入してください。					

<市記入欄>

減額対象月	賦課処理	受付（委）	入力（委）	検認（委）	検認（市）
始：令和 年 月分	済・未（月次・本算定）				
終：令和 年 月分	令和 年度				

☐ 母子手帳添付あり ☐ 公簿確認（アコーダー含む） ※別世帯の場合親子関係が確認できる書類も必要