

産前産後期間に係る保険料減額届出書

令和 年 月 日

(宛先) 河内長野市長

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 出産する方との続柄 \_\_\_\_\_

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	国保番号	長国
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	フリガナ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	
	個人番号	
	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	
	住 所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ
	フリガナ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	
	個人番号	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
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】

- 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のコピー）など）を添えてください。
  - 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。

<市記入欄>

減額対象月	減額対象月数	受付(委)	入力(委)	検認(委)	検認(市)
令和 年 月分	令和 年度分 ヶ月				
～ 令和 年 月分	令和 年度分 ヶ月				

公簿確認