

記入例

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

令和 年 月 日

榎原市長 殿

提出日を記入してください

榎原市国民健康保険条例第20条第3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。

保険証に記載されている、6桁の番号を記入してください

届出人（世帯主）

通知書番号		記号番号	奈5 111111									
住所	榎原市 内膳町1丁目〇〇-〇											
氏名	榎原 太郎											
生年月日	西暦・昭和	平成	3	年	5	月	5	日				
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
電話番号	0744-××-××××											

世帯主の情報を記入してください
保険証に記載されている

マイナンバーを記入してください

日中連絡の取れる電話番号を記入してください

出産予定または出産された方

住所	榎原市	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ										
氏名	榎原 花子											
生年月日	西暦・昭和	平成	5	年	3	月	3	日				
個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	9	8	7
出産予定日 または出産日	令和 6年 2月 5日	出産種別	○ 単胎 ・ 多胎									

出産（予定）者の情報を記入してください

該当する種別を○で囲んでください

(市記入欄)

出産種別	添付書類	本人確認書類	受付印
単胎 4か月	<input type="checkbox"/> 出産する方のページ	<input type="checkbox"/> 保険証	
多胎 6か月	<input type="checkbox"/> 出産予定日確認ページ	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	
軽減対象月	(出産後の場合には出生届出済証明ページ)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	
R 年 月分～	<input type="checkbox"/> 妊娠週数確認ページ (検査内容マスキングのこと)	<input type="checkbox"/> その他 ()	
R 年 月分	<input type="checkbox"/> その他 ()		