

# 産前産後期間に係る国民健康保険料軽減届出書

年 月 日

吹田市長 宛

届出者（世帯主）

住 所 吹田市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

| 出産された方・出産予定の方について記入してください。                                |       |      |   |        |
|---|-------|------|---|--------|
| 記号番号  | 吹国    | フリガナ | <input type="checkbox"/>                                | 届出人と同じ |
|   |       | 氏名   |   |        |
| 生年月日  | 年 月 日 | 個人番号 |   |        |
| どちらかにチェックをつけてください   |       |      |   |        |
| <input type="checkbox"/> 出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（※） |       |      | <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 |        |
| <input type="checkbox"/> 出産日 _____ 年 _____ 月 _____ 日      |       |      |   |        |

（※）以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険料軽減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。

特記事項

上記のとおり軽減してよろしいですか。

（事務処理欄）

| 軽減期間 | 年 月 ~ 年 月   | 本人確認書類 | 免許証<br>マイナンバーカード<br>その他（ ） |    |
|------|---|--------|----------------------------|----|
|      | ※出産月の前月（多胎の場合は3ヶ月前）～出産月の翌々月   | 受付     | 入力                         | 確認 |
| 添付書類 | 出産予定の方：母子健康手帳の「子の保護者」「分娩（出産）予定日」「妊娠週数」が確認できる該当ページ、表紙のコピー<br>出産された方：母子健康手帳の「子の保護者」「出生届出済証明書」が確認できる該当ページ、表紙のコピー |        |                            |    |