

産前産後期間に係る国民健康保険料軽減届出書

目黒区長あて

目黒区国民健康保険条例第 19 条第 5 項に規定する出産被保険者について、下記のとおり届け出ます。

※太枠内をご記入ください。

記号番号	10 - -	期間	年 年	月から 月まで	届出日 年 月 日
対象者	出産するかたの氏名 : 生年月日 : 昭・平 年 月 日 住所 : 目黒区 丁目 番 号 個人番号 :				
	出産予定又は出産日	令和 年 月 日			
	単胎妊娠又は多胎妊娠	単胎 ・ 多胎			
	世帯主	世帯主氏名			
生年月日 昭・平 年 月 日					
住所 目黒区 丁目 番 号					
個人番号					
電話番号					
申請者	※世帯主と申請者が同じ場合は省略できます。				
	氏名 世帯主との続柄(.....)				
	電話番号				
本人確認	チェック欄	処理	点検		
<input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 住 <input type="checkbox"/> 在力 <input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 各種証 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> 他 () 個人番号確認 (端末・個力・通 力・住民票)	<input type="checkbox"/> (母子手帳) 出産予定または 出産日確認書類 <input type="checkbox"/> (母子手帳) 単胎または多胎 確認書類 <input type="checkbox"/> 出産予定日の 6 か月前				