

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 | | | | |