

被保険者番号	記号	13	番号	
--------	----	----	----	--

## 産前産後期間に係る保険料軽減届出書

(宛先) 厚木市長

厚木市国民健康保険条例第19条の4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。

対象年度	令和	年度	届出年月日	令和	年	月	日
世帯主	フリガナ 氏名						
	生年月日		年	月	日		
	住所 厚木市						
	個人番号						
	電話番号 ( ) -						
出産する方 ※世帯主と同じ場合は不要	フリガナ 氏名						
	生年月日		年	月	日		
	住所 厚木市						
	個人番号						
出産予定又は出産日			年	月	日		
単胎妊娠又は多胎妊娠の別			単胎	・	多胎		

<注意事項>

1. この届出書は、出産予定日の6箇月前から提出することができます。
2. 出産後にこの届出書を提出する場合は、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。
3. 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。
  - ① 出産予定日を確認することができる書類(出産後に届出を行う場合は、出産日を確認することができる書類)
  - ② 単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類

\*事務処理欄\* 受付( ) 入力( ) 確認( ) 出産一時金連携(未・済)

世帯主	番号確認	<input type="checkbox"/> 個番	<input type="checkbox"/> 通知	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 住記
	身元確認	<input type="checkbox"/> 個番	<input type="checkbox"/> 運免	<input type="checkbox"/> 在留	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他( )
代理人	代理確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明			
	身元確認	<input type="checkbox"/> 個番	<input type="checkbox"/> 運免	<input type="checkbox"/> 在留	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他( )
世帯員	番号確認	<input type="checkbox"/> 個番	<input type="checkbox"/> 通知	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 住記
	身元確認	<input type="checkbox"/> 個番	<input type="checkbox"/> 運免	<input type="checkbox"/> 在留	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他( )