

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

年 月 日

受付印

(宛先) 東大阪市長

*住所 東大阪市

*世帯主氏名

*電話 () —

被保険者番号

東大阪市国民健康保険条例施行規則第21条の3第1項の規定に基づき、
下記のとおり届出します。

世帯主	氏名	<input type="checkbox"/> 同上										
	住所	<input type="checkbox"/> 同上										
	生年月日	年			月			日				
	個人番号											

出産被保険者	氏名											
	住所	<input type="checkbox"/> 同上										
	生年月日	年			月			日				
	個人番号											
出産予定日又は出産日		年			月			日				
妊娠の別		単胎 ・ 多胎										
備考												

注意事項	1. この届出書は、出産予定日の6か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していた場合は、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、母子健康手帳等の書類の提出が必要です。
------	--

【確認事項】

添付書類	【出産前】 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他の証明書	【出産後】 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 同一世帯住基礎確認済 <input type="checkbox"/> その他の証明書	【前住所地市区町村】 (市・区・町・村) (担当: 様) <input type="checkbox"/> 適用済 (月 ~ 月) <input type="checkbox"/> 未適用 (備考)
	【多胎妊娠・出産の場合】 <input type="checkbox"/> 全ての子の資料を確認済		

判定結果	該当	適用期間 単胎：4カ月間・多胎：6カ月間	受付者	入力者	入力日
	非該当	年 月 ~ 年 月			