

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

○ 年 ○ 月 ○ 日

(宛先) ○○ 区長

静岡市国民健康保険条例第 23 条の 4 第 6 項の規定により、次のとおり届け出ます。

世帯主	フリガナ	シズオカ タロウ											
	氏名	静岡 太郎											
	住所	静岡市○○区○○町○番○号											
	生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日											
	個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	電話番号	世帯主または出産する方いずれかの連絡が取りやすい電話番号をお願いします。											
出産 する方	フリガナ	シズオカ ハナコ											
	氏名	静岡 花子											
	住所	静岡市 区									<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 と同じ		
	上記世帯主欄と同じ場合は右の口にレ点を記入→												
生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日												
個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
出産予定日 又は出産日	○ 年 ○ 月 ○ 日						1. 出産予定日 ・ 2. 出産日						
単胎妊娠又は多胎妊娠の別	1. 単胎妊娠 ・ 2. 多胎妊娠												
添付書類	母子健康手帳・出生証明書・その他 ()												
被保険者記号・番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

個人番号とはマイナンバーカードの裏面に記載されている 12 桁の番号です。

保険証右上の記号番号 (8 ケタ) を ご記入ください。

(職員 使用欄)

処理区分			対象者宛名番号				出産予定日 (出産日)				予定・確定フラグ					単胎・多胎		
1	2	3									1	2	3	4	5	0	1	2
登	訂	削									予	出	早	流	死	不	単	多
訂正時変更前出産予定日			備考				受付		点検1		入力			点検2				