

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

(宛先) 金沢市長

金沢市国民健康保険条例第31条の4の規定による国民健康保険料の減額を受けたいので、同条例第32条の3の規定により、次のとおり届け出ます。

届出年月日	令和 6年 1月 10日	記号番号	123-4567	
世帯主 (届出者)	フリガナ	カサザワ タロウ		
	① 氏名	金沢 太郎		
	② 生年月日	平成 10年 10月 10日		
	③ 住所	金沢市広坂1丁目1番1号		
	④ 個人番号	9999 9999 9999		
⑤ 電話番号	090-0000-0000			
出産する方	世帯主と同じ (はい・ <u>いいえ</u>) ※世帯主と同じ場合は、以下①～④は記載不要です。			
	フリガナ	カサザワ ハナコ		
	① 氏名	金沢 花子		
	② 生年月日	平成 11年 11月 11日		
③ 住所	金沢市広坂1丁目1番1号			
④ 個人番号	8888 8888 8888			
出産予定日又は出産日	令和 6年 7月 7日			
単胎妊娠又は多胎妊娠の別	<u>単胎</u> ・ 多胎			
窓口に来られた方 (郵送の場合は送付者)	住所	金沢市広坂1丁目1番1号	電話番号	080-0000-0000
	氏名	金沢 花子	世帯主との関係	妻

〈注意事項〉

- 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。
- 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る場合は、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。
- 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。

母子健康手帳（郵送の場合は「表紙」と「出産予定日（又は出産日）記載ページ」のコピー）

※職員使用欄

処理欄	郵送受付日	受付者	処理欄	内容確認

番号確認	本人確認	代理権の確認
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> システム確認	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳・他	<input type="checkbox"/> 世帯主印の押印
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()