

産前産後期間に係る保険料軽減届出書			
令和 年 月 日			
河南町長 様			
		(申請者)	住 所
			氏 名
			電話番号
			出産する方との続柄
河南町国民健康保険条例第24条の3第1項に規定する出産被保険者について 次のとおり届出ます。			
世帯主	国保番号	河国	
	住 所	☐ 申請者と同じ	
	フリガナ		
	氏 名	☐ 申請者と同じ	
	生年月日		
	個人番号		
	電話番号	☐ 申請者と同じ	
出産する方	☐ 世帯主と同じ		
	住 所	☐ 世帯主と同じ	
	フリガナ		
	氏 名	☐ 申請者と同じ	
	生年月日		
	個人番号		
	電話番号	☐ 申請者と同じ	
出産予定日又は出産日	☐ 出産予定日 ☐ 出産日	年 月 日	
単胎妊娠又は多胎妊娠	☐ 単胎妊娠 ☐ 多胎妊娠		
【注意事項】			
1. この申請書は、出産予定日の6ヶ月前から提出することができます。			
2. 出産予定で届出する場合は、出産予定日及び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 (母子健康手帳のコピー(多胎妊娠の場合は人数分のコピー)など)を添えてください。			
3. 出産後に届出する場合は、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出していた場合は、その際に届出た出 産予定日又は出産日を記入してください。			

<町記入欄>

軽減開始月(出産月の前月・多胎の場合は3ヶ月前)	軽減終了月 (出産月の翌々月)	入力者	確認者