産前産後期間に係る保険料軽減届出書

令和　　年　　月　　日

弘前市長　様

世帯主　住　　所　弘前市大字

氏　　名

生年月日　　年　　月　　日

個人番号

電話番号

代理人　氏　　名　　世帯主との続柄

弘前市国民健康保険条例第３９条の３に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出します。

出産する方	
住　　所　（□世帯主と同じ）	弘前市大字
氏　　名	
生年月日	□昭和　□平成　　年　　月　　日
個人番号	
電話番号	－　　－
被保険者証記号番号	弘前　－　　（枝番）
出産予定日又は出産日	令和　　年　　月　　日　□出産予定日 □出　産　日
単胎妊娠又は多胎妊娠	□ 単胎妊娠　　□ 多胎妊娠

※ 届出にあたっては、出産(予定)日と単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認できる書類(母子健康手帳の写しなど)を添えてください。
※ この届出書は、出産予定日の６ヶ月前から提出することができます。
※ 保険料軽減期間は出産月の前月から(多胎の場合は出産月の３ヶ月前から)出産月の２ヶ月後迄となります。

事務処理欄

□ 届　　出	確認書類　□母子健康手帳　□妊産婦10割給付証	入力	受付
□ 職権記載	□その他(　　)	／	

軽減期間※ □単胎　□多胎	年度	R　年度												R　年度				
	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
	出産月(予定月)																	
	軽減期間																	