

|        |     |      |      |         |     |
|--------|-----|------|------|---------|-----|
| 決<br>裁 | 担 当 | 担当係長 | 担当係長 | 保険(料)係長 | 課 長 |
|        |     |      |      |         |     |

保険証番号 ( )

受付印

## 国民健康保険料軽減届出書

(産前産後期間軽減用)

令和 年 月 日

北九州市 区長 様

納付義務者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(電話 - - )

申 請 人 (申請人と納付義務者が違う場合のみ記入)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(電話 - - )

北九州市国民健康保険条例第20条の4第4項に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

### 出産する方

氏 名

生 年 月 日 年 月 日

出産予定又は出産日 年 月 日

単胎妊娠又は多胎妊娠の別 単胎 ・ 多胎

### <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、以前お住いの市区町村に産前産後期間の保険料軽減について届け出ていた場合は、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。
- 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。
  - ①出産予定日を確認することができる書類(出産後に届出を行う場合は、出産日を確認できる書類)
  - ②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