

産前産後期間に係る保険料免除届出書

令和 年 月 日

柏市長 あて

世帯主

住 所	
電話番号	
氏 名	
生年月日	年 月 日
個人番号	

柏市国民健康保険条例第23条の4の規定により、次のとおり届け出ます。

出産するかた

氏 名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
被保険者番号	柏					
住 所	<input type="checkbox"/> 同上					
個人番号						
出産予定又は出産日	令和	年		月		日
単胎妊娠又は 多胎妊娠	単胎 ・ 多胎					

※注意事項

- この届出書は出産予定の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免除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。
- 届け出に当たっては、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、出産日を確認することができる書類）
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

保険年金課処理欄	保険年金課	入力
		検査