

被保険者番号	
個人番号	
賦課処理日	

## 産前産後期間に係る保険料軽減届出書

年 月 日

芦屋市長 宛

芦屋市国民健康保険条例第 17 条の 4 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。

世帯主	住 所：芦屋市 _____ 町 _____ 氏 名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号： _____ - _____ - _____ 個人番号： _____
出産する方 ----- <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <small>※世帯主と同じ場合は、右欄への記入は不要です。</small>	住 所：芦屋市 _____ 町 _____ 氏 名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号： _____ - _____ - _____ 個人番号： _____
出産予定日 または出産日	( <input type="checkbox"/> 出産予定日 ・ <input type="checkbox"/> 出産日 ) _____ 年 _____ 月 _____ 日
単胎・多胎 妊娠の別	_____ 単胎 ・ 多胎
<b>【添付書類】</b> 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添付してください。 ①出産（予定）日を確認することができる書類 ②単胎妊娠また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、医療機関が発行した証明書など） <b>【注意事項】</b> ①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。 ②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。 ③対象となる「出産」とは、妊娠 85 日(4 か月)以上の分娩をいい、死産、流産、早産及び人工妊娠中絶の場合も対象となります。	

担当 確認欄	軽減対象月	_____ 年 _____ 月分 ~ _____ 年 _____ 月分	担当	受付者
	添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 医療機関発行の証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		