

産前産後期間に係る国民健康保険料軽減届出書

(あて先) 仙台市 _____ 区長

仙台市国民健康保険条例第17条の4第1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。

届出人 (世帯主)	届出年月日	令和 年 月 日											
	保険証番号												世帯の国民健康保険の保険証番号をご記入ください
	氏名	(フリガナ)											
	生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日											
	住 所												
	電話番号	() —											
	個人番号												

※出産する方が世帯主の場合は以下の**太枠**のみご記入ください

出 産 す る 方	氏名	(フリガナ)												
	生年月日	(昭和・平成・令和) 年 月 日												
	住 所													
	電話番号	() —												
	個人番号													
	出産(予定)日	令和 年 月 日												
単胎または多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎													

<注意事項>

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. 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. 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

仙 台 市 使 用 欄	申 請 者 確 認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	処 理	受付	入力	確認	(収受印)
	対 象 者 確 認	<input type="checkbox"/> 出産予定日/出産日を確認できる書類 <input type="checkbox"/> 単胎妊娠/多胎妊娠を確認できる書類 <input type="checkbox"/> 異動連絡票（転入の場合）	決 裁	課長	係長	担当	