

## 産前産後期間に係る保険料軽減届出書

国保番号	四国一			
住 所	四條畷市			
世帯主	氏名		生年月日	年 月 日
			個人番号	
出産被保険者 □世帯主と同じ	氏名		生年月日	年 月 日
			個人番号	
出産予定日 又は出産日	年 月 日		単胎妊娠又は 多胎妊娠	□単胎 □多胎
<p>四條畷市国民健康保険条例第 20 条の 7 に基づき、出産被保険者について上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>四 條 畷 市 長 あて</p> <p style="margin-left: 100px;">住 所 四條畷市</p> <p>届 出 者</p> <p style="margin-left: 100px;">氏 名</p> <p style="margin-left: 100px;">電話番号 ( ) -</p>				

※ 以下は記入しないでください。

[ 処 理 欄 ]

確認事項	出産（予定）年月日 ※半年前から受付可能	令和 5 年 11 月 1 日以降 該当 ・ 非該当	受付者	入力者
	添付書類	母子手帳・その他 ( )		
	軽減期間	年 月 ~ 年 月		