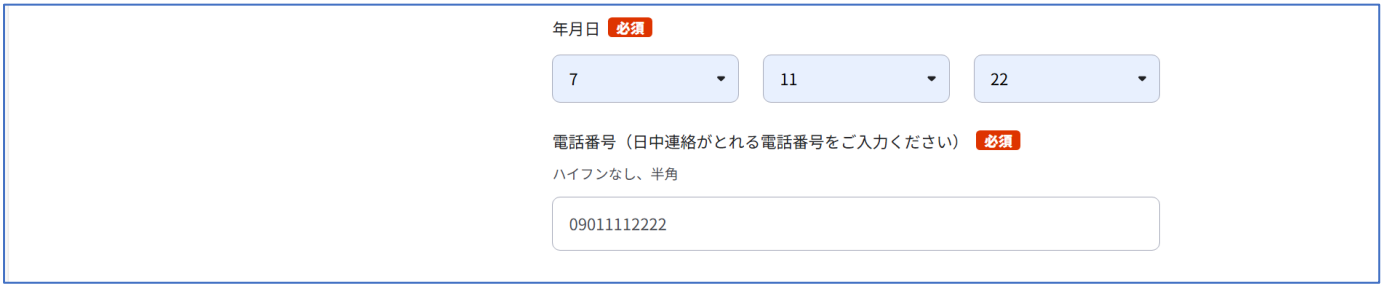
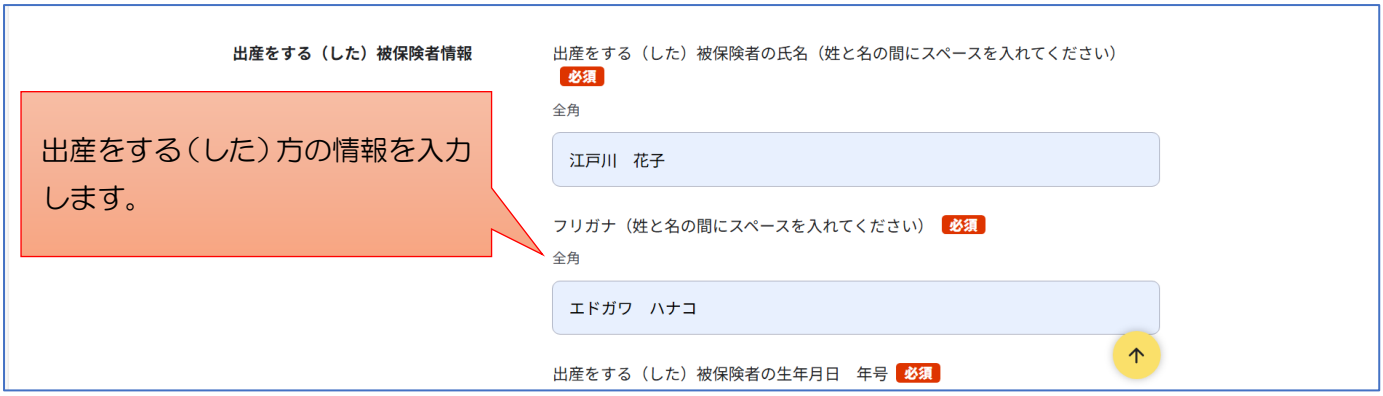
産前産後期間に係る保険料軽減申請の仕方



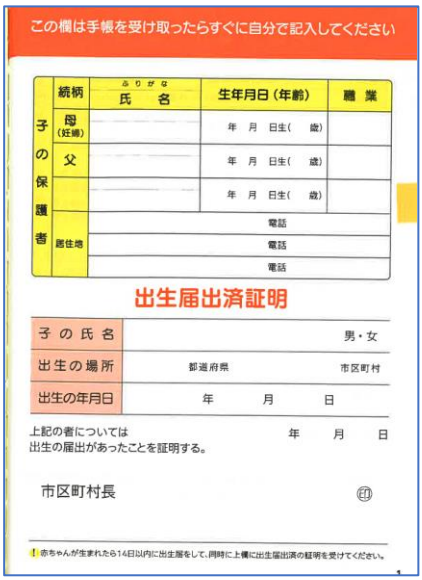
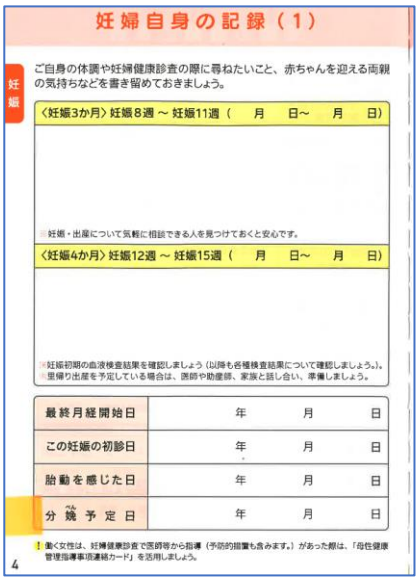

出産をする（した）被保険者情報
出産をする（した）方の情報を入力します。
出産をする（した）被保険者の氏名（姓と名の間にスペースを入れてください）
必須
全角
江戸川　花子
フリガナ（姓と名の間にスペースを入れてください）
必須
全角
エドガワ　ハナコ
出産をする（した）被保険者の生年月日　年号
必須

昭和
平成
年月日
必須
8
2
9
出産日（予定日）（出産予定日の6か月前から申請ができます）※2023年11月1日以降の出産が対象です
必須
カレンダー(1975年～2075年)
2025/12/18
単胎妊娠又は 多胎妊娠の別
必須
単胎
多胎
すべての情報を入力後、次へ進みます。
次へすすむ

産前産後期間に係る保険料軽減申請
記号番号
国民健康保険記号番号（記号上2桁）
23
訂正
国民健康保険記号番号（記号下2桁）
99
訂正
国民健康保険記号番号（番号4桁）
9999
訂正
届出日
届出日
令和7年 8月 18日
世帯主情報
世帯主　氏名（姓と名の間にスペースを入れてください）
江戸川　太郎
訂正
フリガナ（姓と名の間にスペースを入れてください）
エドガワ　タロウ
訂正
郵便番号
132-0021
訂正
住所
東京都江戸川区中央１－４－１
訂正
入力した情報を確認し、よろしければ、次へ進みます。
確認した

母子健康手帳の下記必要ページ

- 表紙
- P1：子の保護者欄
- P4：妊婦自身の記録（1）

の全ての画像データをアップロードしてください。

ファイルアップロード後、
４桁の暗証番号を入力すると、送信が可能になります。