

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

郵

産

令和 年 月 日

江戸川区長 殿

江戸川区国民健康保険条例第19条の5に規定する出産被保険者について、次の通り届け出ます。

〈世帯主記入欄〉

記号番号	記号 2 3 ー 番号
世帯主住所	江戸川区
世帯主氏名	昭和 年 月 日生 平成
電話番号	() ← 日中、ご連絡ができる電話番号をご記入ください。
個人番号	

〈対象者記入欄〉

出産する方の氏名	昭和 年 月 日生 平成
個人番号	
出産予定日 (出産日)	令和 年 月 日
単胎妊娠又は 多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎

《確認事項》

☐ この届出書に、国民健康保険資格確認書または資格情報のお知らせの写し、出産予定日もしくは出産日のわかるもの・単胎多胎の別が分かるもの（母子健康手帳の写し等）、本人確認書類の写しを添付して郵送してください。 ※ 親子関係が住民票から分からない場合、出生証明書等の提出も必要になります。

☐ 軽減を正しく受けるためには、所得の申告が必要です。お済みでない場合は、該当年度の1月1日現在お住まいの自治体で申告をお願いいたします。

☐ 出産の日時によっては、後日減免が決定する場合がございます。

《 区記入欄 》 【該当年度】 年 度

必要書類【母子健康手帳・医療機関発行書類・その他（ ）】

本人確認	番号確認	受付日	受付者	入力・確認
免、パ、個カ、住、在、保、高、医、年、プレ、通知書、雇、他（ ）	個カ、通カ、シ他（ ）			
決定通知済み ・ 変通 & 納 期 ～ 期 & 還付 / 〒				