



No. _____

国民健康保険 産前産後期間に係る国民健康保険料軽減届出書

年 月 日

藤 沢 市 長

届出人
(世帯主)

住所

氏名

電話 ()

個人番号 ※12桁

届出代理人

 世帯主住所と同じ

住所

氏名

世帯主との
続柄等 電話 ()

出産被保険者について、次のとおり届出ます。

※太枠内を記入してください。

保険証番号	06 -	個人番号	
対象者氏名			
生年月日	S H R 年 月 日	世帯主との続柄	
= 出産に関する事項 =			
出産予定又は出産日 (軽減基準日)	令和 年 月 日	※原則、出産前の場合は「出産予定日」を記入し、出産後の場合は「出産日」をご記入ください	
出産区分	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	※転入前市町村で届出た場合はその際の日付をご記入ください	

(注意事項)

- 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。
- 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に係る保険料軽減について届出していた場合は、その際に届出た出産予定日又は出産日を記入してください。※その際は藤沢市保険年金課から以前お住まいの市町村に状況確認を行う場合があります
- 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 多胎妊娠の場合は多胎妊娠を確認することができる書類
- 軽減基準日を出産予定日とした場合、出産日と相違があっても、原則、軽減基準日を変更した再計算は行いませんが、世帯主から関係書類を添えて届出書の提出があった場合は軽減基準日を変更し再計算いたします。

※ここから下は、記入しないでください。

市役所処理欄									
宛名番号									
減免期間	R 年 月 の	<input type="checkbox"/> 前月から4か月間 (単胎) <input type="checkbox"/> 3か月前から6か月間 (多胎)							
前住所区分 (確認結果)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
添付又は確認書類	<input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 医療機関等の証明 <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他 ()								
参事	主幹	補佐	主査	担当	上記のとおり処理します	受付	確認	入力	
					起案 年 月 日	/	/	/	/
					決裁 年 月 日				
					施行 年 月 日				
(備考)	納付書手渡し済・支払い済 (期 円) <input type="checkbox"/> 自主・口座 賦課算定済・コピー <input type="checkbox"/> 所得未判明 納通・督促抜き済 <input type="checkbox"/> 他保OK (喪失証明後日)								