令和　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者　住　　所

氏　　名

電話番号

産前産後期間に係る国民健康保険料軽減届出書

次のとおり保険料の軽減を受けたいので、高松市国民健康保険条例第２３条の４第１項の規定により届け出ます。

世帯主	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	個人番号	
	電話番号	
出産する方	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	個人番号	
出産予定日又は出産日		令和　　年　　月　　日
単胎妊娠又は多胎妊娠の別 （該当する□にレ点をつけてください。）		□単胎　□多胎

（注）
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、出産予定日又は出産日の欄は、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け出ていた場合は、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)　母子健康手帳等の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

出産日	前・後	区分	新規・修正	受付者	受付番号
宛名番号		保険証番号			
免除対象月	令和　　年　　月～ 令和　　年　　月	免除対象月数	令和　　年度分　　か月 令和　　年度分　　か月	入力者	確認者

□保険料の説明済

個人番号確認欄	確認書類	1．個人番号カード 2．個人番号通知カード 3．個人番号が記載された住民票等	職権	・不明 ・拒否 ・その他（　　）