様式第３２号

|  |
| --- |
| 出産被保険者に係る保険料減額届書整理番号　　 　　　　 |
| 世 帯 主 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  |
| 個人番号 |  |
| 電話番号 |  |
| 出産予定又は出産した方 | **☐** 世帯主と同じ　※該当する場合は✓を記入 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  |
| 個人番号 |  |
| 出産予定又は出産日 | 年　　月　　日 |
| 単胎妊娠又は多胎妊娠の別 | 単 胎　・　多 胎 |
| ＜注意事項＞１　この届書は、出産予定日の６か月前から提出することができます。２　出産後にこの届書を提出する場合は、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の保険料減額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③出産後に届出を行う場合は、出産した被保険者と当該出産に係る子との身分関係を明らかにすることができる書類 |

日立市国民健康保険条例第２９条の３の規定により、上記のとおり

届け出ます。

年　　月　　日

日立市長　殿