

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、岩国市国民健康保険条例（平成 18 年条例第 145 号）第 34 条の 3 の規定に基づき届け出ます。

年 月 日

岩 国 市 長 様

被保険者番号													
世帯主	氏名												
	住所												
	個人番号												
出産被保険者													
個人番号													
出産日 (予定日)		年 月 日											
単胎妊娠または 多胎妊娠の別		単胎・多胎											
届出者氏名 (世帯主)		_____											
		電 話 _____											

※この届出書には、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) および単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類を添付してください。