

## 産前産後期間の国民健康保険税免除に係る届出書

(宛先) 小金井市長

出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

届出年月日		年	月	日							
被保険者証 記号・番号		記号	番号								
世帯主	氏名										
	生年月日	年	月	日							
	住所										
	個人番号										
	電話番号										
出産被保険者	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ (氏名、生年月日、住所及び個人番号は記入不要)										
	氏名										
	生年月日	年	月	日							
	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ (記入不要)									
	個人番号										
出産予定日・出産日※		年	月	日							
		<input type="checkbox"/> 出産予定	<input type="checkbox"/> 出産								
単胎妊娠・多胎妊娠の別		<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎								

※ この届出が、出産前の場合は出産予定日を、出産後の場合は出産日を記入してください。  
なお、出産予定日の6か月前から申請が可能です。

### 市確認欄

処理	備考	受付
確認事項 <input type="checkbox"/> 出産予定日・出産日 <input type="checkbox"/> 単胎妊娠・多胎妊娠の別 添付書類 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他 [ ] (出産後の届出で母子の世帯が別の場合： <input type="checkbox"/> 出生証明書等) 前市町村への届出の有無 (転入者の場合) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		