

出産被保険者に関する届出書

(宛先)富山市長

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		—	届出年月日	年 月 日
届 出 者 (世帯主)	住 所			
	フリガナ		生年月日	
	氏 名		年 月 日	
	個人番号			
	連 絡 先	電話 () —		

次のとおり届け出ます。

出 産 被 保 険 者	住 所	☐ 同上		
	フリガナ		生年月日	
	氏 名		年 月 日	
	個人番号			
出産日（予定日）		年 月 日		
出産種別		単胎 ・ 多胎		

-
- (市記入欄)
- ☐届出時点で軽減適用期間を確定するため、出産月が変更になった場合でも軽減額は変更しないことを伝えた。(資格喪失の場合を除く。)
- ☐出産予定日や多胎妊娠の事実を明らかにできる書類を添付。(母子健康手帳等)
- ☐世帯に未申告者がいないか。
- ☐保険料の賦課限度額に到達している世帯は、軽減を受けられない場合があることを伝えた。

軽減対象月	軽減対象月数			
年 月分 ～	年度分	ヵ月		
年 月分	年度分	ヵ月	受付	