

保険証に記載されている
番号(8桁)をご記入ください。

国民健康保険料産前産後期間に係る軽減届

出産予定日の6か月前
から届出が可能です。

記号	番号	20 123 XXX	
お住まいの区の 区名をご記入ください。		令和 6年 2月 XX日	
(宛先)名古屋市 中 区長			
名古屋市国民健康保険条例第19条の 4第 1項に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出ます。			
届出区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規		
	<input type="checkbox"/> 修正 (以前本市に提出した届出書の出産予定月と実際の出産月が異なる場合で、 出産月で保険料軽減の再算定を届出する場合にチェックしてください。)		
世帯主 (届出人)	氏名	(フリガナ) コクホ タロウ 国保 太郎	
	住所	名古屋市 中 区 三の丸三丁目1番1号	
	生年月日	昭和 (平成) 令和 3年 5 月 XX 日	
	電話番号	052 - 123 - XXXX	
出産する被保険者について 選択してください。 出産する被保険者が世帯員の場合は 右欄もご記入ください。	氏名	(フリガナ) コクホ ハナコ 国保 花子	
	住所	名古屋市 中 区 三の丸三丁目1番1号	
	生年月日	昭和 (平成) 令和 4年 12月 XX 日	
	電話番号	090 - 1234 - XXXX	
出産被保険者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員	個人番号	
(世帯員の場合は右欄を 記入してください。)		出産予定日	令和 6年 5 月 XX 日
出産予定日 (出産後の場合は出産日) をご記入ください。	又は出産日	出産日	令和 年 月 日
単胎妊娠又は多胎妊娠の別		<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		

お住まいの区の
区名をご記入ください。

保険証の世帯主氏名に
記載されている世帯主について
ご記入ください。

出産する被保険者について
選択してください。
出産する被保険者が世帯員の場合は
右欄もご記入ください。

出産予定日
(出産後の場合は出産日)
をご記入ください。

※裏面
単胎・多胎(双子など)の
区分を選択してください。

添付書類について選択してください。
母子健康手帳は、出産前と出産後、単胎妊娠と多胎妊娠の場合で、
添付するページが異なります。
詳細は、「母子健康手帳の確認箇所(PDF)」をご覧ください。
母子健康手帳をお持ちでない場合は「その他」を選択いただき、
書類名をご記入ください。
(書類名が不明の場合は空欄で差し支えありません。)

係長	処理	
	入力	受付