

受付印

窓口に
来られた方

☐ ①納付義務者(世帯主)と同じ

☐ ②免除対象者と同じ

※窓口に来られた方が①・②以外の場合は下記の住所・氏名・電話番号をご記入ください。

(住 所)

(氏 名)

(Tel)

-

-

加古川市長様

加古川市国民健康保険条例第30条の3の規定により次のとおり届け出ます。

納付義務者(世帯主)

(住 所) 加古川市

(氏 名)

(マイナンバー)

(生年月日) 昭・平 年 月 日

(Tel)

-

-

出 産 被 保 険 者

(氏 名)

(マイナンバー)

☐納付義務者(世帯主)と同じ

(生年月日) 昭・平 年 月 日

(Tel)

-

-

※納付義務者と同じ場合は記入の必要はありません。

☐出産の予定日

令和 年 月 日

☐出 産 の 日

単胎妊娠又は
多胎妊娠の別

単胎 ・ 多胎

※二人以上を妊娠されている場合は多胎に○をしてください

《注意事項》

・控えは、後日通知があるまで大切に保管してください。

・出産までに届出を行い、実際の出産日が出産予定日と月をまたいで変わった場合は下記までお問合せください。

通知書番号		免除対象者の 宛名番号		添付書類
免除該当月	令和 年 月	～	令和 年 月	1.母子手帳 2.妊婦健康診査費助成券 3.各種健康診査受診券 4.出生届受理証明書 5.戸籍謄(抄)本 6.その他 ()

[お問い合わせ先]
加古川市役所 国民健康保険課 保険料係
TEL:079-427-9229

受付

入 力

職員
確認

☐ 添付書類は出産の予定日や子との関係を明らかに
する書類となっていますか。

☐ 申請した月は納付いただき、申請の翌月以降で調
整となることを説明していますか。

納
付
書

☐ 期～ 期回収

☐ 口座・特徴のため納付書なし

チ
ェ
ッ
ク