

様式第10号（第18条関係）

国民健康保険出産被保険者に係る届出書

(宛先) 池田市長

次のとおり届け出ます。

届出日				年 月 日											
被保険者記号・番号				池国											
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	☐ 世帯主である (氏名、生年月日、住所及び個人番号の記入不要)														
	氏名														
	生年月日			年 月 日											
	住所			☐ 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 ☐ 出産予定 ☐ 出産											
	単胎妊娠・多胎妊娠の別			☐ 単胎妊娠 ☐ 多胎妊娠											

※ 出産する前にこの届出をする場合は出産予定日を、出産した後にこの届出をする場合は出産日を記入してください。

処理	備考	受付
確認事項 ☐ 出産予定日・出産日 ☐ 単胎妊娠・多胎妊娠の別 添付書類 ☐ 母子健康手帳 ☐ その他〔 (必要な場合のみ： ☐ 出生証明書等) 前市町村への届出の有無（転入者の場合） ☐ 有 ☐ 無		