様式第１１号の２（第１８条の３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 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証　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 |  |  |