第５号様式（第２条関係）

出産被保険者（変更）届

年　　月　　日

（宛先）焼津市長

納税義務者　住　所

（世帯主）　氏　名

生年月日　　年　　月　　日

個人番号

電話番号

焼津市国民健康保険税条例第22条の３の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

出産被保険者	住　所	
	フリガナ	
	氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
	個人番号	
出産の予定日又は出産の日		年　　月　　日
単胎妊娠・多胎妊娠の別		単胎妊娠　・　多胎妊娠

【持ち物】

□　届出をする方の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）

□　出産予定日、単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認できる書類（母子健康手帳など）

※多胎妊娠の場合は、子どもの人数分の母子健康手帳が必要です。

□　（出産後に届出を行う方のみ）出産した被保険者と子の関係が分かる書類

□　（別世帯の方が代理で届出をする場合のみ）委任状

※市記入欄	世帯主宛名番号		免除期間	年　月　～　年　月		
	出産被保険者宛名番号		入力		確認	