

出産被保険者に関する届出書

年 月 日

箱根町長 様

届出者 (世帯主)	住 所														
	フリガナ														
	氏 名														
	生年月日	年	月	日	被保険者証記号番号										
	個人番号														
	電話番号														

箱根町国民健康保険条例第17条の9第1項の規定により次のとおり届け出ます。

出 産 被 保 険 者	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ												
	住 所												
	フリガナ												
	氏 名												
	生年月日	年	月	日									
	個人番号												
出産(予定)日	年	月	日										
単胎妊娠又は 多胎妊娠の別	単胎妊娠 ・ 多胎妊娠												

<注意事項>

1. この届出書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。
2. 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。なお、以前お住まいの市町村に出産被保険者について届け出ていた場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。
3. 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。
 - (1) 出産予定日を確認することができる書類（出産後に届出を行う場合は、出産日を確認することができる書類）
 - (2) 単胎妊娠又は多胎妊娠を確認することができる書類