

課長	係長	担当者

国民健康保険料 減免 免除 申請書			
記号 番号	—	減免を受けよう とする保険料の 年度および月分	令和 年度 令和 年 月分から 令和 年 月分まで
保険料額		円	
申 請 理 由	出産する被保険者	フリガナ	
		氏名	
		住所	東京都北区
		生年月日	年 月 日
		個人番号	
		出産(予定)日	年 月 日
		単胎妊娠・多胎妊娠の別 <small>※該当する方に○をつけてください</small>	単胎妊娠 ・ 多胎妊娠
※添付書類 母子健康手帳等の出産予定日(出産日)と多胎妊娠の場合はその事実がわかる書類			
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日			
	申請者(世帯主)	フリガナ	
		氏名	
		住所	東京都北区
		生年月日	年 月 日
		個人番号	
		電 話	携 帯・自 宅 勤務先・連絡先
東京都北区長 殿			

処理欄	決定通知	賦課台帳	決定番号	産前産後軽減入力
	月 日 ・ 窓口渡し ・ 郵 送			

口座確認

調査・受付

窓口対応希望

月次処理対応希望