

出産被保険者に関する届書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

宇和島市長 様

世帯主

(太枠内を記入して下さい。)

住 所	宇和島市■■町■■番地											
フリガナ	■■ ■■											
氏 名	■■■ ■■■											
生年月日	昭和 ● 年 ● 月 ● 日											
個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0
電話番号	△△△△-△△-△△△△											

宇和島市国民健康保険条例第19条の10の規定により、次のとおり届け出ます。

出産被保険者（出産する予定又は出産した被保険者）

(太枠内を記入して下さい。)

被保険者証番号	0 1 2 3 4 5 6											
フリガナ	◆◆ ◆◆											
氏 名	◆◆ ◆◆											
住 所	宇和島市 ■■町■■番地											
生年月日	平成 ● 年 ● 月 ● 日											
個人番号	1	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
出産予定日又は出産日	令和 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日											
単胎妊娠又は多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎											

<添付書類>

1. 出産の予定日を明らかにすることができる書類（出産後に届出を行う場合は、出産した被保険者と当該出産に係る子との身分関係を明らかにすることができる書類）
2. 多胎妊娠の場合は、その旨を明らかにすることができる書類