

産前産後保険料（税）軽減異動連絡票

発行年月日 年 月 日発行

出 産 被 保 険 者	氏 名	
	生 年 月 日	平成 年 月 日
	出 産 予 定 日 は 日 ま 出 た 産	令和 年 月 日
	単 胎 ・ 多 胎 の 別	
交 付 者	<div><div>印</div><div></div></div> <div>〇〇市</div>	

注 意 事 項

1. 転入した市町村において産前産後期間に係る保険料（税）の軽減の申請を行う場合には、申請書と合わせて、この連絡票を提示してください。
2. この連絡票を破り、よごし、又は失ったときは、ただちにこの連絡票を発行した市町村に再発行を申請してください。
3. この連絡票を破り、又はよごした場合の申請には、その連絡票を添えて申請してください。