

産前産後期間に係る保険税軽減届出書

益城町長 様

益城町国民健康保険税条例第23条第3項に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

届出年月日	年 月 日		
A. 世帯主	ふりがな		
	① 氏名		
	② 生年月日		
	③ 住所		
	④ 個人番号		
	⑤ 電話番号		
B. 出産する方	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	ふりがな		
	① 氏名		
	② 生年月日		
	③ 住所		
	④ 個人番号		
C. 出産予定又は出産日	年 月 日		
D. 単胎妊娠又は多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎		
<p><注意事項></p> <ol style="list-style-type: none"> 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産前産後期間の保険税軽減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. 申請時点での届出書に基づき軽減適用期間を確定するため、出産月が変更になった場合でも、軽減額は変更になりません。（資格喪失、出産日の修正申告を除く。） 4. 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。 <ul style="list-style-type: none"> 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の別を確認することができる書類 ③ 出生証明書など出産日と親子関係の分かる書類（出産後に申請する場合で被保険者と子が別世帯の場合） 			

以下、役場記入欄

証番号		減免対象月	年 月	～	年 月
減免対象月数	年 ヵ月	年 ヵ月			

本人確認				健康保険課				税務課		
1点	2点			課長	係長	係員	受付	課長	係長	係員
免・個・バ・在・障・住(有) 他()	保・年手・年証・介住(無)・重 他()	学・社・通 他 ()	聴聞							