

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

令和 年 月 日

串間市長 様

串間市国民健康保険条例第23条第3項に規定する出産被保険者について、同条例第24条の4の規定により提出します。

届出人	住 所	串間市											
	氏 名												
	世帯主との続柄					電話番号	— —						
世帯主	住 所	(<input type="checkbox"/> 同上) 串間市											
	氏 名	(<input type="checkbox"/> 同上)											
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日											
	電話番号	(<input type="checkbox"/> 同上) — —											
	個人番号												
出産する方	資格確認書記号				番 号					枝 番			
	氏 名	(<input type="checkbox"/> 同上)								続 柄			
	生年月日	(<input type="checkbox"/> 同上) <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日											
	個人番号												
出産予定日 又は 出 産 日		<input type="checkbox"/> 出産予定日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 出 産 日								単胎・多胎 妊 娠 の 別		<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎	

＜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. 以前お住まいの市町村で産前産後期間の保険料(税)軽減届出をしていた場合は、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、出産(予定)日と単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認できる書類(母子健康手帳の写しなど)を添えてください。

※市記入欄

軽減期間	令和 年 月分 ～ 令和 年 月分 まで			
入力日	／	受付担当者		受付印
入力者				