

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	(□ 同上) 串間市												
	氏 名	(□ 同上)												
	生年月日	□ 昭和・□ 平成 年 月 日												
	電話番号	(□ 同上) — —												
	個人番号													
出産する方	資格確認書記号			番 号							枝 番			
	氏 名	(□ 同上)										続 柄		
	生年月日	(□ 同上) □ 昭和・□ 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 <input type="checkbox"/> 出 産 日		令和 年 月 日						単胎・多胎 妊娠の別	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎				

〈注意事項〉

- 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。
- 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。
- 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			