

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

年 月 日

(あて先) 登米市長

登米市国民健康保険税条例第24条の2の2第1項に規定する出産被保険者について、次のとおり届出します。

世帯主 (納税義務者)	個人番号														生年月日	年	月	日
	刀状													電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. その他			
	氏名																	
	住所																	

出産被保険者	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ (※世帯主と同じ場合は左記に <input checked="" type="checkbox"/> し、氏名等の記載は必要ありません。)																			
	個人番号																生年月日	年	月	日
	刀状													電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. その他					
	氏名																			
住所																				

出産予定日又は出産日	年	月	日
単胎妊娠又は多胎妊娠の別	<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。
- 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、以前お住いの市区町村に産前産後期間の保険料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。
- 届け出にあたっては、この届出書に次の書類を添えてください。
  - ① 出産予定日を確認することができる書類  
(出産後に届け出を行う場合は、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

【以下担当課記入欄】

添付書類の有無	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無
入力日	年	月	日入力