

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書（記入例）

気仙沼市長 あて

令和6年1月12日

届出者	住所	気仙沼市八日町1-1-1
	氏名	気仙沼 太郎
	世帯主との続柄	本人・配偶者・( )
	連絡先	090 (△△△△) ××××

気仙沼市国民健康保険条例第24条の3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。

世帯主 <input checked="" type="checkbox"/> 届出者氏名と同じ	氏名		個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4
			生年月日	平成4年9月5日
出産被保険者 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	氏名	気仙沼 花子	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6
			生年月日	平成4年10月5日
住所 <input checked="" type="checkbox"/> 届出者住所と同じ	気仙沼市			
出産予定日 又は出産日	令和6年1月2日	単胎又は 多胎妊娠	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
〈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. 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料(税)軽減について届け出ている場合は、その際に届け出た出産(予定)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。				
4. 別世帯の方が届け出る場合には、委任状が必要です。				

【市記入欄】

保険証番号	問合せ番号	受付	入力	確認
	世帯主:			
	出産被保険者:			