

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

気仙沼市長 あて

年 月 日

届出者	住 所	気仙沼市
	氏 名	
	世帯主との続柄	本人・配偶者・()
	連絡先	()

気仙沼市国民健康保険税条例第 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 type="checkbox"/> 届出者氏名と同じ	氏名		個人番号						
			生年月日			年		月	
出産被保険者 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	氏名		個人番号						
			生年月日			年		月	
住 所 <input type="checkbox"/> 届出者住所と同じ	気仙沼市								
出産予定日 又は出産日		年	月	日	単胎又は 多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎			
添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()								
<p>〈注意事項〉</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 別世帯の方が届け出る場合には、委任状が必要です。</p>									

【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:			