

産前産後期間に係る保険税軽減届出書

中城村長

中城村国民健康保険条税条例第 18 条の 3 に規定する出産被保険者について、次のとおり届出ます。

国 保 番 号	中国	通 知 番 号	
A. 世帯主	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		
	個人番号	- -	
	電話番号		
B. 出産する方 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 ※世帯員の場合は右欄に記入してください。	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		
	個人番号		
C. 出産予定又は出産日	令和 年 月 日		
D. 単胎妊婦又は多胎妊婦の別	<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. 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、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			

課長	係長	係員	係員	係員	受付