

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

年 月 日

(宛先) 御所市長

(納税義務者) 世帯主	住所			
	(ふりがな)氏名			
	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	
	個人番号			
届出人	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	(ふりがな)氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	電話番号			

御所市国民健康保険税条例第21条第3項に規定する出産被保険者について、関係書類を添えて届け出ます。

出産被保険者	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	(ふりがな)氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	生年月日	昭・平	年 月 日	
	個人番号	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
出産(予定)日	年 月 日	出産種別	単胎 ・ 多胎	

＜注意事項＞

1. この届出書は、出産予定の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、出産日及び親子関係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
4. 届出時点で保険税の減額対象期間を確定しますので、出産予定日と実際の出産日が異なっても再度の届出は必要ありません。(税額の再計算は行いません。)

＜市役所 記入欄＞

【番号の記入】

本人 代理人 本人からの依頼 代理人からの依頼 拒否 その他()

【本人・代理人確認】

- (1) 個人番号カード
- (2) 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳
療育手帳 在留カード
- (3) 上記(1)(2)に該当しない場合(下記の2つ以上)
公的医療保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
その他()

税務課		保険課	
-----	--	-----	--