

産前産後期間に係る国民健康保険税減額届出書

木古内町長 宛

木古内町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、次のとおり届出ます。

届 出 年 月 日	年 月 日	
世 帯 主 ( 納 税 義 務 者 )	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
	個人番号	
	電話番号	
出 産 被 保 険 者	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
	個人番号	
	電話番号	
出産の予定日又は出産の日	年 月 日	
単胎妊娠又は多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎	

<注意事項>

- この届出書は、出産の予定日の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、出産の予定日の代わりに出産の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の予定日又は出産の日を記入してください。
- 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出産の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、出産の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
  - ③出産後に届出を行う場合は、出産した被保険者と当該出産に係る子の身分関係を確認することができる書類

市町村記入欄(記入しないでください。)

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 母子手帳写し	<input type="checkbox"/> その他書類
減 免 期 間	年 月	～ 年 月

