

産前産後期間に係る国民健康保険税 軽減届出書

年 月 日

上三川町長 様

届出者 \_\_\_\_\_

出産する方との関係( )

上三川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、次のとおり届け出ます。

世帯主 ※国民健康保険の納税義務者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	上三川町
	個人番号	
	電話番号	— —
出産する方	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	上三川町
	個人番号	
	電話番号	— —
出産予定日又は出産日	( 予 定 日 ・ 出 産 日 ) 年 月 日	
単胎妊娠または多胎妊娠の別	単胎妊娠 ・ 多胎妊娠	
添付書類 <input type="checkbox"/> 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、出産日が確認できる書類) <input type="checkbox"/> 単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認できる書類 ----- ※一定の要件を満たす方は下記の同意で添付書類を省略することが可能です。 ----- <input type="checkbox"/> 上記添付書類の提出に代わり、申請に必要な個人情報を確認することに( 同意する ・ しない )		
<b>【注意事項】</b> 1. この届出書は、出産予定日の6カ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税(料)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。		

※事務処理欄

課 長	課長補佐	係 長	主 任

受 付 者	確認欄
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 本人確認書類