

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

大野城市長

令和 年 月 日

受付印

申請者 (世帯主)	氏名												
	生年月日	昭・平・令	年	月	日								
	住所												
	個人番号												
	電話番号	- -											

大野城市国民健康保険条例第23条第3項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。

出産被保険者 <input type="checkbox"/> 世帯主に同じ ※該当する場合は、 <input type="checkbox"/> にレ点をつけ、 右欄の記入は不要	氏名												
	生年月日	昭・平・令	年	月	日								
	個人番号												
出産予定又は出産日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 出産予定		<input type="checkbox"/> 出産						
単胎妊娠又は多胎妊娠の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎												

＜ 注意事項 ＞

- 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。
- 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又は出産日を記入してください。
- 届出の際には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

事務処理欄

本人確認 運転免許証 マイナンバー 保険証 パスポート その他()
 添付資料 母子手帳 異動連絡票 戸籍謄本 住民記録 その他()

受付者	入力	確認	記号番号	備考
			-	