

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

ひたちなか市長 殿

ひたちなか市国民健康保険条例第19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。

↓太枠欄への記入をお願いします。

国保番号

届出年月日		令和 年 月 日
A. 世帯主	フリガナ	
	①氏 名	※
	②生年月日	年 月 日
	③住 所	
	④個人番号	
	⑤電話番号	
B. 出産する方	世帯主と同じ (該当の場合は○で囲んでください)	
	フリガナ	
	①氏 名	※
	②生年月日	年 月 日
	③住 所	
	④個人番号	
	⑤電話番号	
C. 出産予定日又は出産日		令和 年 月 日
D. 単胎妊娠又は多胎妊娠の別		単胎 ・ 多胎 (該当の方を○で囲んでください)

<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。
3. 届出に当たっては、この申請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

※は被保険者番号

確認者	担当者	受付者