

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

令和 年 月 日

新見市長 様

納税義務者(世帯主) 住 所

氏 名 (※)

(※)本人が署名(自署)してください(押印不要)。
本人が自署しない場合は、記名押印してください。

生年月日 S・H 年 月 日

個人番号

電話番号 () -

新見市国民健康保険税条例第24条の3の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

出産する方 (出産した方)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
	個人番号	
出産予定又は出産日	令和 年 月 日	
単胎妊娠又は多胎妊娠の別 (該当する方に○をつけてください)	単胎 ・ 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。
- 届出に当たっては、この届出書に次の書類(母子健康手帳の写し等)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