|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 産前産後期間における保険税軽減届出書 | | | | | | | | | | | | | | |
| 大郷町長　田　中　　学　様 | | | | | | | | | | | | | | |
| 大郷町国民健康保険税条例第24条の3第1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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出年月日 | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和  平成  令和 | | 年　　　　　月　　　　　日生 | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | ―　　　　　　― | | | | | | | | | | | | |
| 出産する方 | * 世　帯　主　と　同　じ | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和  平成  令和 | | 年　　　　　月　　　　　日生 | | | | | | | | | | |
| 住所 | □世帯主と同じ | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出産予定日または出産日 | | 出産予定日  出産日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 単胎妊娠または多胎妊娠の別 | | □　単胎　・ □　多胎 | | | | | | | | | | | | |
| ＜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軽減について届け出ていた場合は、その際に届け出た出産予定日または出産日を記入してください。  3.届け出にあたっては、この届出書に次の書類を添えて下さい。  ①出産予定日を確認することができる書類（出産後に届け出を行う場合は、出産日を確認できる書類）  ②単胎妊娠(1人)または多胎妊娠(2人以上)の別を確認することができる書類 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付担当記入欄 | | | | | |  |
| 本人確認 | □運転免許所　□マイナンバーカード  □パスポート　　□その他(　　　　　　　　　) | 添付書類 | □母子健康手帳（写）  □その他（　　　　　　　　　） | 申告 | □有  □無 | |