

産前産後期間に係る国民健康保険税の軽減届出書

年 月 日

いすみ市長 様

届 出 者（世帯主）

住 所： _____
氏 名： _____
生年月日： _____
電話番号： _____
個人番号： _____
国保番号： _____

いすみ市国民健康保険税条例第 24 条の 3 第 1 項の規定により次のとおり届け出ます。

出産する予定の 被保険者又は出 産した被保険者	☐ 世帯主と同じ	
	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号	
出 産 予 定 日 又 は 出 産 日	☐ 出産予定日 ☐ 出 産 日	年 月 日
単胎妊娠又は 多胎妊娠の別	☐ 単胎妊娠 ☐ 多胎妊娠	
< 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. 各項目の ☐ に該当する場合は、チェック ☒ をしてください。 3. 出産後に届出を行う場合は、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た場合は、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。 < 添付書類 > 1. 出産予定で届出を行う場合 母子健康手帳等の出産予定日を確認することができる書類 2. 出産後に届出を行う場合（出産した被保険者と子が別世帯の場合に限る。） 出生証明書等の出産日及び親子関係を確認することができる書類 3. 多胎妊娠の場合 胎児数分の母子健康手帳等の出産予定日を確認することができる書類		