

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

潮来市長 宛

令和 年 月 日

潮来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。

世帯主 (納税義務者)	フリガナ	
	①氏名	
	②生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	③住所	潮来市
	④個人番号	
	⑤電話番号	
出産被保険者 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 世帯主と同じ場合は、右欄への記入は不要です。	フリガナ	
	①氏名	
	②生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	③住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ
	④個人番号	
	⑤電話番号	
出産予定日又は出産日	<input type="checkbox"/> 出産予定日 ・ <input type="checkbox"/> 出産日 令和 年 月 日	
単胎・多胎妊娠の別	<input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎	

【備考】

- 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。
- 潮来市に転入する前にお住まいだった市町村に、産前産後期間に係る国民健康保険税(料)軽減について届け出た場合は、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。
- 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。
 - ①出産予定日又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