産前産後期間に係る保険税軽減届出書

大和町長　殿

　大和町国民健康保険税条例第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。

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A.納税義務者  （世帯主） | フリガナ   1. 氏　　名 |  |
| 1. 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 1. 住　　所 |  |
| 1. 個人番号 |  |
| 1. 電話番号 |  |
| B.出産する方 | フリガナ   1. 氏　　名 |  |
| 1. 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 1. 住　　所 | □　世帯主と同じ |
| 1. 個人番号 |  |
| 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 | |
| ＜注意事項＞   1. この届出書は、出産予定日の６ヶ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。   1. 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 | | |

（町記入・確認欄）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

受付印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 宛名番号  （出産予定被保険者） | 添付書類 | 受付担当者 | □ADⅡ異動入力（　 /　 ）  □備考 |
|  | □母子健康手帳写し  □その他書類 |  |