産前産後期間に係る大台町国民健康保険税軽減届出書

令和　　年　　月　　日

大台町長　様

　大台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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 世　帯　主 | 保険証番号 |  |
| 住　　所 |  |
| （ふりがな） |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 個人番号 |  |
| 出産した方  （出産する方） | 世帯主と同じ | |
| 住　　所 |  |
| （ふりがな） |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 個人番号 |  |
| 出産（予定）日 | |  |
| 単胎妊娠又は多胎妊娠の別 | | 単胎　　　・　　　多胎 |
| 連　絡　先 | |  |

【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、出産予定日に代わり、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料（税）軽減について届け出ていた場合は、その際届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。
3. 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

（町記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 軽減対象月 | 軽減対象年度 | 受　付 |
| 年　月分～ | 年度　　　か月分 |  |
| 年　月分 | 年度　　　か月分 |