

産前産後期間に係る保険税軽減届出書

北栄町国民健康保険条例第 26 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。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

世帯主との続柄 \_\_\_\_\_

北栄町長 様

A.世帯主	(フリガナ) 氏 名		生年月日	
			個人番号	
	住 所	北栄町		
	電 話 番 号			
B.出産する方 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 世帯員 (世帯員の方は右欄にご記入ください)	(フリガナ) 氏 名		生年月日	
			個人番号	
	住 所	北栄町		
C.出産予定又は出産日	年 月 日			
D.単胎妊娠又は多胎妊娠の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎			

<注意事項>

- 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。
- 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る場合は、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。
- 届出にあたっては、この届出書に次の書類を添えてください。なお、この届出書に記載のある情報を担当課に情報提供し、出産予定日や単胎妊娠、多胎妊娠の別を照会することに同意される場合は、書類の添付は不要です。
  - 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単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類

担当課への情報提供と出産に係る情報の照会をすることに同意します

北栄町記入欄

受 付	届出人の本人確認	確認書類	備 考
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 担当課照会 <input type="checkbox"/> その他 ( )	