

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

春日市長

春日市国民健康保険条例第24条第3項に規定する出産被保険者について、下記のとおり届け出ます。

出産する方	生年月日	年 月 日 出産日又は予定日
	年 月 日	年 月 日
個人番号	単胎妊娠又は多胎妊娠の別	
	単胎・多胎	

必要書類	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 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

〈世帯主〉

住所 春日市

氏名 _____ 電話 () - _____

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〈代理人〉(※申請者が世帯主以外の場合)

住所 春日市

氏名 _____ 電話 () - _____

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〈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、出産日を記入してください。
- 以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険税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日又は予定日を記入してください。

受付担当記入欄			
記号番号:カー	出産者住民コード		受付者
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()	申告	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

賦課担当記入欄

妊娠85日(4か月)以上経過 (日付印)

<input type="checkbox"/> 単胎						
<input type="checkbox"/> 多胎						