国民健康保険税の産前産後期間に係る減額の届出書

（　　　　　　　　　　　年度）

年　　　月　　　日

江　北　町　長　　様

 申 告 者（納税義務者）

氏　　名

生年月日

住　　所

個人番号

（届出人）

※届出人：別世帯の方が届け出る場合、記入してください。

江北町国民健康保険税条例第２４条の３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 | 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 |  |
| 個人番号 |  |
| 出産予定　又は　出産日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 単胎妊娠、多胎妊娠の別 | 単胎妊娠　・　多胎妊娠 |
| 添 付 書 類 | 母子手帳・出生証明書・戸籍・その他（　　　　　　　　） |

※戸籍：出産する方と子が別世帯の場合、添付してください。

※多胎妊娠の場合は、多胎妊娠であることがわかる書類を添付してください。

（例：母子手帳２冊、医師の診断書）

|  |
| --- |
| 町　　記　　入　　欄 |
| 免除対象期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 国保加入日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 添付書類確認 | □母子手帳・□出生証明書・□戸籍・□その他（　　　　　　　　　） |