

産前産後期間に係る保険税減額届出書

令和 年 月 日

(宛先) 北谷町長

(申請者) 住 所

氏 名

電話番号

世帯主との続柄

北谷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します。

A.世帯主	国保番号	北国
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	フリガナ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	年 月 日
	個人番号	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
B.出産する(した)方	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	フリガナ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	年 月 日
	個人番号	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
C.出産予定日または出産日	<input type="checkbox"/> 出産予定日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 出産日	
D.単胎妊娠又は多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 単胎妊娠	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠
E.添付書類(※提出必須)	<input type="checkbox"/> 母子(親子)健康手帳の写し <input type="checkbox"/> その他()	

【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減額について届け出していた場合は、その際に届け出た出産予定日または出産日を記入してください。
- この届出書に基づく保険税減額の処理にあたり、必要な事項を調査するため町の他部署に対し、町の保有する情報を照会する場合があります。

<町記入欄>

減額対象月	減額対象月数	受付日	<input type="checkbox"/> 入力
令和 年 月分	令和 年 月分		<input type="checkbox"/> 更正
～令和 年 月分	～令和 年 月分		<input type="checkbox"/> 通知