様式第８号（第２条関係）

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

奥州市長　宛

奥州市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、次のとおり届

け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 出産する方 | 世帯主と同じ | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 単胎妊娠又は多胎妊娠の別 | 単胎　　・　　多胎 | | | | | | | | | | | | |

【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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整　　理　　欄 | 減　額　対　象　月 | 記号番号 | 受付印 |
| Ｒ　　　年　　　　月分  　～  Ｒ　　　年　　　　月分 |
| 入力日 |

□母子健康手帳写しの添付