

産前産後期間に係る保険税軽減届出書

稲城市長殿

稲城市国民健康保険税条例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。

記号		番号		申請日		令和	年	月	日
4 8 -									
世帯主	フリガナ 氏名				生年月日	昭・平	年	月	日
	個人番号								
	住所	稲城市							
	電話	()							
出産する方	世帯主と同じ		世帯主と出産する方が同じ場合は○してください						
	フリガナ 氏名				生年月日	昭・平	年	月	日
	個人番号								
	住所	稲城市							
	電話	()							
出産（予定）年月日					単胎妊娠又は多胎妊娠の別				
令和 年 月 日					単胎 ・ 多胎				

世帯主と出産する方が
同じ場合は記入不要

【注意事項】

- この届出書は、出産予定日の6カ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軽減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又は出産日を記入してください。
- 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。
 - 母子健康手帳など（出産予定日を確認することができる書類）
 - 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

以下職員記入欄

減免対象期間	確認書類	受付	入力	照合
令和 年 月 日 ~	・公簿 ・母子健康手帳 ・その他 []	本・平・若		
令和 年 月 日				