

産前産後期間に係る保険税軽減届出書

川西町長 殿

川西町国民健康保険税第24条の3第1項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	氏名	フリガナ
	生年月日	年 月 日
	住所	
	個人番号	
	電話番号	
出産する方 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 右の欄は世帯主と異なる場合に記入してください。	氏名	フリガナ
	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 (どちらかに○を付けてください。)	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。
また、親子関係を明らかにする書類を添えてください。
なお、以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険料軽減について届け出していた場合には、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。
3. 届け出にあたっては、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母子健康手帳などの書類（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