産前産後期間に係る保険税軽減届出書

年　　月　　日

宿毛市長あて

（世帯主）住　　所

氏　　名

年 月 日

電話番号

（申請者）世帯主に同じ□

宿毛市国民健康保険条例第２４条の３の規定により、次の通り届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出産する方 | 保険証番号 | 　　　　　　（枝番） |
| 氏　 　名 |  |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日 |
| 出産予定日又は出産日 | 年　　月　　日 |
| 単胎妊娠又は多胎妊娠 | 単胎妊娠　　/　　多胎妊娠 |

※ 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．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。

３．届出に当たっては、出産（予定）日と単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認できる書類（母子健康手帳の写しなど）を添えてください。

【**市記入欄**】

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者の本人確認 □※免許証等 | 母子手帳の写し　表紙、１P、４P □※多胎の場合は人数分 |
| 出生証明書などの出生日及び親子関係を明らかにする書類 □※　出産後に届出があった場合 |

|  |  |
| --- | --- |
| 届出日 | 出産前 □ |
| 出産後 □ |

|  |  |
| --- | --- |
| 軽減対象期間 | 年　　月 ～ 　　年　　月（ 単胎４か月　/　多胎６か月 ） |