

産前産後期間に係る保険税減額届出書

年 月 日

豊岡市長 様

(届出者・納税義務者(世帯主))

住所 豊岡市 _____

ふりがな
氏名 _____

生年月日 年 月 日 _____

個人番号 _____

出産する方との続柄 _____

連絡先 () _____

(代理人) 氏名 _____

出産する方との続柄 _____

連絡先 () _____

豊岡市国民健康保険税条例第 22 条の 3 第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。

出産する方 (出産被保険者)	<input type="checkbox"/> 世帯主の場合は <input checked="" type="checkbox"/> ください。	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
	個人番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> 、異なる場合はご記入ください。 豊岡市
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軽減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、この届出書に次のことが確認できる書類(母子健康手帳の写しなど)を添えてください。
 - ① 出産予定日(出産後に届出を行う場合は、出産日)
 - ② 単胎妊娠又は多胎妊娠の別
 - ③ 出産後に届出を行う場合は、出産した被保険者と当該出産に係る子との身分関係

【市記入欄】

減免対象期間	年 月 ~ 年 月		
出産被保険者の 被保番/宛名番号		受付担当者	

届出日
<input type="checkbox"/> 出産前
<input type="checkbox"/> 出産後