

様式第3号（第4条関係）

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書			
年 月 日			
下 妻 市 長 様			
届出人 (世帯主)	住 所	下 妻 市	
		電話番号	
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	個人番号		
下妻市国民健康保険税条例第23条第3項に規定する出産被保険者について、同条例第24条の3の規定により、次のとおり届け出ます。			
国 保 番 号		下 妻 一	
出産する方について記入してください。			
住 所	☐ 届出人に同じ		
フリガナ		生 年 月 日	
氏 名		年 月 日	
個人番号			
どちらかにチェックをつけてください。			
☐ 出産予定日 ☐ 出産日		年 月 日	☐ 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税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. 出産予定で届出する場合は、出産予定日及び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（母子手帳のコピーなど）を添えてください。			

〈市記入欄〉

軽減対象月	軽減対象月数	添付（確認）書類
年 月 ～ 年 月	年度分 月 年度分 月	☐母子手帳 ☐戸籍 ☐公簿 ☐その他（ ）