

日南町 産前産後期間に係る国民健康保険税 軽減届出書

日南町国民健康保険条例第15条の3の規定により、出産被保険者について次のとおり届出します。

(太枠内にご記入ください。)

届出年月日		令和	年	月	日
届出人	住所				
	氏名				
国保加入世帯の世帯主	住所	※ 届出人と同一の場合は記入不要			
	氏名	※ 届出人と同一の場合は記入不要			
	電話番号	-	-		
出産する方	住所	※ 届出人もしくは世帯主と同一の場合は記入不要			
	氏名	※ 届出人もしくは世帯主と同一の場合は記入不要			
	生年月日		年	月	日
	出産予定日 (又は出産日)	令和	年	月	日
	マイナンバー	----
単胎妊娠又は多胎妊娠の別		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎			
<p><注意事項></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 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。 ①出産の予定日を明らかにすることができる書類 ②多胎妊娠の場合にあつては、その旨を明らかにすることができる書類 ③出産後に前項の規定による届出を行う場合にあつては、出産の事実を明らかにすることができる書類</p>					

以下、記入不要【事務処理欄】

保険証番号			
宛名番号			
本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 () ()		
個人番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等		
確認書類 (コピー添付要)	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 出産(予定)日の記載ページ <input type="checkbox"/> 妊娠した方(母)の氏名の記載ページ <input type="checkbox"/> 単胎か多胎かわかるページ <input type="checkbox"/> その他 ()		
出産予定日 (又は出産日)	年	月	日
軽減予定期間	年	月	～ 年 月
入力の有無	<input type="checkbox"/> 入力済み	受付印	
担当			
受付	担当 支援措置		