

産前産後期間に係る保険税軽減届出書

広陵町長 様

申請者 住 所
(世帯主) 氏 名
電話番号

広陵町国民健康保険税条例第23条の3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		令和 年 月 日
世帯主	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
	個人番号	
出産した方 (出産する方)	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
	個人番号	
出産予定日 又は 出産日		令和 年 月 日
単胎又は多胎の別		単胎 ・ 多胎 (どちらかに○を記入)
確認書類 ①出産予定日を確認することができる書類 (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単胎又は多胎の別を確認することができる書類		

〈注意事項〉

- この届出書は、出産予定日の6ヶ月前から提出することができます。
- 以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険税(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。

他の市町村で届け出られた出産日 令和 年 月 日