

産前産後期間に係る小国町国民健康保険税軽減届出書

年 月 日

小国町長 殿

小国町国民健康保険税条例第 24 条の 3 第 1 項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。

A. 世帯主 (納税義務者)	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	小国町大字
	個 人 番 号	
	電 話 番 号	
B. 出産する方	世帯主（納税義務者）と同じ	
	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	小国町大字
	個 人 番 号	
電 話 番 号		
出産予定日 又は出産日		
単胎妊娠又は 多胎妊娠の別	単 胎 ・ 多 胎	

<注意事項>

- 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。
- 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（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。
- 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 単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類