産前産後期間に係る保険税軽減届出書

伊方町長　様　　年　　月　　日

伊方町国民健康保険税条例第21条第3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。

世　帯　主	氏　名		個人番号	
			生年月日	年　　月　　日
出産被保険者 □世帯主と同じ場合は省略	氏　名		個人番号	
			生年月日	年　　月　　日
住　　所	伊方町			電話番号［　　］ (　　)-(　　)-(　　)
出産予定日 又は出産日	年　　月　　日		単胎又は 多胎妊娠	□　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，この届出書に次の書類を添えてください。

(1)出産予定日又は出産日を確認できる書類

(2)単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認できる書類

(3)出産後に届け出る場合は，出産した被保険者と子の身分関係が確認できる書類

例：母子健康手帳の写（出産被保険者，予定日又は出産日がわかる箇所，多胎妊娠の場合はお子様全員の母子健康手帳の該当箇所の写）

4　届出の際には身分証明書（免許証，マイナンバーカード等）を御持参ください。

伊方町記入欄

受理日	年　　月　　日	添付書類	母子健康手帳・（　　）
世帯番号		記号番号	
受付者	本人確認		備考
□窓口　　□郵送	□保険証 □マイナンバーカード □運転免許証 □その他　（　　）		