|  |  |
| --- | --- |
| 受付　　 | 確認　　 |
| 　　　　　 | 　　　　　　　　　　 |

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

記入不要

届出人が代理人の場合は、こちらの空欄に

①氏名

②電話番号

③続柄

を記入してください。

記入例

|  |
| --- |
| 高崎市国民健康保険税条例第24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。令和　○年　○月　○日　　　（あて先）高崎市長　　　　　　　（届出人）　□世帯主　🗹出産被保険者　□代理人　　　世帯主　　（住所）　高崎市高松町３５番地１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　高崎　太郎　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　０９０－１１１１－１１１１（個人番号）　１１１１　１１１１　１１１１出産被保険者　　（住所）　同　上　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　高崎　花子（生年月日）　平成１１年　４月　１日（電話番号）　０８０－２２２２－２２２２（個人番号）　２２２２　２２２２　２２２２（出産予定又は出産日）　　令和　○年　○月　○日（単胎妊娠又は多胎妊娠の別）　　　🗹単胎　　□多胎 |

|  |
| --- |
| 注意事項1．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。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）日を記入してください。3．届出に当たっては、次の書類を添えてください。　①出産（予定）日を確認できる書類（母子健康手帳など）。　②多胎妊娠の場合、人数分の出産（予定）日を確認できる書類。4．国保税が最高限度額に達する世帯の場合は、税額が変わらないことがあります。 |

対応者確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 身元（実存）確認（　　　　　　　　　　　　　　　）記入不要 | 個人番号確認（　　　　　　　　　　　　） |
| 対象期間　　年　　月～　　年　　月 | 証番号 | 職権適用（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 窓口受付□母子手帳　□異動連絡票　□その他（　　　　　　　　） | 郵送受付□母子手帳（コピー）□異動連絡票 |