**産前産後期間に係る保険税軽減届出書**

薩摩川内市長　様

薩摩川内市国民健康保険税条例第２４条の３の規定に基づき、出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

**※　届出者は、太線内を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　証　　記　号　番　号　　　　薩　川　A　－ | | | |  |  |  |  |  |
| 届　出　年　月　日 | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | |
| 世　　　帯　　　主  （A） | | フリガナ |  | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| 住　　所 | 薩摩川内市 | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　　　　）　　　　　　－ | | | | | |
| 出　産　す　る　方  （Ｂ） | | □　　世　帯　主　と　同　じ | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| 住　　所 | 薩摩川内市 | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　　　　）　　　　　　－ | | | | | |
| 届　　出　　人 | | □Ａ欄　□Ｂ欄　に同じ　（いずれかの場合は、氏名の記入は不要） | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | |
| 出産予定又は出産年月日 | | □予定日　□出産日　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | |
| 単胎妊娠または多胎妊娠の別 | | □　単胎妊娠　　　　　　　□　多胎妊娠 | | | | | | |
| 受　付　者 |  | □　出産予定日を確認することができる書類  □　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  □　妊娠85日（４ヶ月）以上の出産であるか | | | | | | |

＜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。

　　　⑴　出産予定日を確認することができる書類（母子手帳等）

　　　　　　（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）

　　　⑵　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