

糸満市国民健康保険 産前産後期間に係る保険税軽減届出書

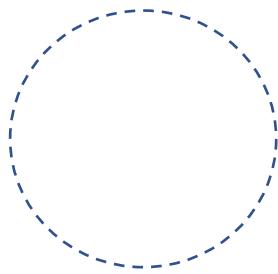
糸満市長 様

糸満市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、次のとおり届け出します。

届出年月日	年 月 日	
世帯主 ※世帯主以外の方が提出する場合は委任状が必要です	住所	〒 -
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	個人番号	
出産する方 ※世帯主と同じ項目は、「同上」と記載	住所	〒 -
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	個人番号	
出産予定又は出産日	出産予定日	令和 年 月 日 (出産する前にこの届出書を提出する場合に記入します。)
	出産日	令和 年 月 日 (出産した後にこの届出書を提出する場合に記入します。)
単胎妊娠又は多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎	
連絡先（電話番号）		
<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. 届出にあたっては、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 4. 届出時点で保険料の減額対象期間を確定しますので、出産予定日と出産日の月が異なったとしても保険料の再計算は行いません。（ただし、資格喪失等により減額対象期間が減少した場合を除きます。）		

【市事務処理欄】

(受付印)



受付者	⑩	担当者	⑩
-----	---	-----	---

備考	
----	--

提出書類	・親子（母子）手帳 ・医療機関発行の証明書 ・戸籍謄（抄）本 ・ その他（ ）
------	--