

産前産後期間に係る保険税軽減届出書

年 月 日

阿波市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

阿波市国民健康保険税条例第23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。

A. 世帯主	フリガナ	
	①氏 名	
	②生年月日	
	③住 所	
	④個人番号	
	⑤電話番号	
B. 出産する方	フリガナ	
	①氏 名	
	②生年月日	
	③住 所	
	④個人番号	
C. 出産予定日又は出産日	年 月 日	
D. 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又は出産日を記入してください。
- 届け出に当たっては、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（出産後に届け出を行う場合は、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