

産前産後期間に係る保険税免除届出書

袋井市長

袋井市国民健康保険税条例第 25 条第 4 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。

届出年月日	年 月 日	
被保険者証番号		
世帯主	フリガナ	
	①氏名	
	②生年月日	年 月 日
	③住所	
	④個人番号	
	⑤電話番号	
出産する方	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	
	フリガナ	
	①氏名	
	②生年月日	年 月 日
	③住所	
	④個人番号	
出産予定又は出産日	年 月 日	
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、以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険税免除について届け出していた場合は、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。  
 出産予定日を確認することができる書類  
 【母子健康手帳の表紙と分娩予定日の記載があるページの写し（多胎妊娠の場合は、出産予定人数分）】

※ 市 記 入 欄	本人確認書類			対象期間	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 年金手帳	年	月
	添付書類			年	月
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳（写） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（写）2人目以上（多胎妊娠の場合のみ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				受付	