様式第２号

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

（宛先）かほく市長

かほく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、次のとおり届け出ます。

令和　　　年　　　月　　　日

届出人　　住　　所

氏　　名

電話番号

世帯主との続柄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  |
| 世帯主 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 個人番号 |  |
| 出産被保険者  (□世帯主と同じ) | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 世帯主との続柄 |  |
| 個人番号 |  |
| 出産予定日　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 |

【添付書類】

　母子手帳の写し（表紙、および分娩予定日（または出産届出済証明）のページ）

　　※多胎妊娠の場合は、人数分添付してください。

（市記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 前住所届出日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 対象期間 | 令和　　年　　月～令和　　年　　月 |