

国民健康保険税減額届出書（産前産後）

年 月 日

大川市長 殿

大川市国民健康保険税条例第22条の3の規定により、次のとおり届け出ます。

世帯主	住 所	大川市大字										
	氏 名											
	電 話 番 号	ー ー										
	生 年 月 日	大正・昭和・平成			年		月		日			
	個 人 番 号											
出産被保険者	<input type="checkbox"/> 同上（世帯主が出産被保険者の場合は <input checked="" type="checkbox"/>)											
	住 所	<input type="checkbox"/> 同上 大川市大字										
	氏 名											
	生 年 月 日	昭和・平成			年		月		日			
	個 人 番 号											
出産(予定)日	年 月 日			単胎妊娠又は 多胎妊娠の別		単胎・多胎						
添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 他（ ） ※出産後に届出を行う場合は、出生証明書など出産日及び親子関係を明らかにする書類が必要です。（市町村で確認ができる場合は不要）											

以下、職員記入欄

出産前の届出の場合：申請時点で減額適用期間を確定するため、出産月が変更になった場合の届出は不要と伝えた。（資格喪失の場合を除く。）

受付	届出日	電算処理	更正処理	管理簿	備考
	<input type="checkbox"/> 出産前 <input type="checkbox"/> 出産後		<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 済	
対象 年月	年度	年 月 ～ 年 月		計：	月
	年度	年 月 ～ 年 月		計：	月