



産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

令和 年 月 日

高森町長 様

高森町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、同条例第 24 条の 3 第 1 項の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

世帯主	氏名		個人番号	
			生年月日	年 月 日
			電話番号	
住所	高森町			
出産被保険者 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 場合は <input checked="" type="checkbox"/>	氏名		個人番号	
			生年月日	年 月 日
			電話番号	
住所	高森町			
出産予定日 又は出産日	令和 年 月 日	単胎又は 多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	

添付書類 出産予定日*及び単胎・多胎の妊娠の別を確認することができる書類の写し (母子健康手帳の上記記載ページの写しなど) ※出産後に届出を行う場合は、出産日
---

<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。

町記入欄

受付	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	本人確認書類	マイナンバーカード ・ 運転免許証 その他 ( )
世帯主 宛名番号	No.	国保番号	No.