

産前産後期間に係る国民健康保険税減額届出書

西原町長 様

年 月 日

西原町国民健康保険税条例第 22 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。

届出の区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 修正申告※ <small>※以前提出した届出書の出産予定月と実際の出産月が異なる場合で、出産月で保険税減額の再算定を届け出する場合</small>	
世帯主	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	西原町
	電話番号	
	個人番号	
出産被保険者 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 (世帯主以外の場合は右欄を記入ください。)	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ
	電話番号	
	個人番号	
出産予定日又は出産日	<input type="checkbox"/> 出産の予定日 <input type="checkbox"/> 出 産 日 (年 月 日)	
単胎妊娠 又は 多胎妊娠の別	<input type="checkbox"/> 単 胎 ・ <input type="checkbox"/> 多 胎	
申請者 (世帯主又は出産被保険者以外の場合は右欄を記入ください。)	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
	電話番号	

< 備考 >

1. 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。
2. 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料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。

< 注意事項 >

1. 減額措置の対象となる「出産」とは、妊娠85日（4ヶ月）以上の出産で死産、流産及び人工妊娠中絶の場合も含まれます。
2. この届出に基づく保険料軽減の処理に当たり、健康保険課より町の他部署に対し、町の保有する情報を照会する場合があります。

< 添付資料 >

親子（母子）健康手帳

※親子（母子）健康手帳をお持ちでない場合

出生前：出産予定日及び単胎または多胎妊娠の別を確認できる書類（医療機関が発行した証明書等）

出産後：出産日、出産した方と当該出産した子との身分関係が確認できる書類（戸籍謄（抄）本、医療機関が発行した証明書等）

死産等：死産証明書、死胎火葬許可証、医療機関が発行した証明等で死産等の日及び身分関係を明らかにすることができる書類