

産前産後期間に係る保険税軽減申請書

令和 年 月 日

日光市長様

世帯主

住所

氏名

電話番号

個人番号

日光市国民健康保険税条例第 条 の規定により申請します。

被保険者の記号番号					
申請対象被保険者	氏名		生年 月日	昭・平 年 月 日	
	個人番号				
	住所			世帯主との 続柄	
	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			
備考					
<p><注意事項></p> <ol style="list-style-type: none">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。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。 ①出産予定日を確認することができる書類（出産後に届出を行う場合は、出産日を確認することができる書類） ②単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類					