

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減申出書

阿賀町長 様

阿賀町国民健康保険税条例第 1 1 条第 3 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。

届出年月日	令和 年 月 日											
世 帯 主	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	大正		昭和		平成		年		月		日
	住 所	阿賀町										
	個人番号											
	電話番号	—					—					
出 産 する 方	世帯主と同じ											
	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	昭和		平成		年		月		日		
	住 所	阿賀町										
	個人番号											
電話番号	—					—						
出産予定日または出産日	令和 年 月 日											
単胎妊娠または多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎											
<p>《注意事項》</p> <ol style="list-style-type: none"> 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た場合は、その際に届け出た出産予定日または出産日を記入してください。 3. 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えて提出してください。 <ol style="list-style-type: none"> 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 単胎妊娠または多胎妊娠の別を確認することができる書類 												