

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

(宛先) 昭島市長

届出年月日 年 月 日

昭島市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、次のとおり届け出ます。

世帯主	フリガナ												
	氏 名												
	生 年 月 日	年			月			日					
	住 所												
	電 話 番 号												
	個 人 番 号												
出産被保険者 ☐ 世帯主と同じ 世帯主と同じ場合は、右欄への記入は不要です。	フリガナ												
	氏 名												
	生 年 月 日	年			月			日					
	住 所	☐ 世帯主と同じ											
	電 話 番 号												
	個 人 番 号												
出産予定日又は 出産日	☐ 出産予定日 ・ ☐ 出産日 年 月 日												
単胎・多胎妊娠 の別	☐ 単胎妊娠 ・ ☐ 多胎妊娠												
<注意事項> 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、以前お住まいの区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。 3. 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（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 4. 対象となる「出産」とは、妊娠85日（4か月）以上の分娩をいい、死産、流産（人工妊娠中絶を含む。）及び早産の場合も対象となります。													

※市記入欄

記号番号	—	受付者	入力者	確認者	受付印
軽減期間	年度 月から				
	年度 月分まで				

<確認事項>

- ☐ 届出日が出産予定日から6カ月以内
- ☐ 出産（予定）日及び単胎・多胎妊娠の別を確認できる書類の添付（母子健康手帳等）
前住所地で当該軽減を受けていた場合は、前住所地発行の連絡票
- ☐ 所得の申告がなされていること
- ☐ 別世帯の代理人が申請する場合は、委任状と代理人の本人確認書類の写しの添付