

| | | | |
|----|-------|----|-----|
| 課長 | 補佐・係長 | 担当 | 受付者 |
| | | | |

産前産後期間に係る保険税 軽減届出書

飯田市長

飯田市国民健康保険税条例第24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。

| | | | |
|-----------------|----------|-----|---|
| 届出年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| A. 世帯主 | 国保番号 | いいだ | — |
| | 氏名 | | |
| | 生年月日 | | |
| | 住所 | | |
| | 個人番号 | | |
| | 電話番号 | | |
| B. 出産する方 | 世帯主と同じ | | |
| | 氏名 | | |
| | 生年月日 | | |
| | 住所 | | |
| | 個人番号 | | |
| C. 出産予定又は出産日 | 令和 年 月 日 | | |
| D. 単胎妊娠又は多胎妊娠の別 | 単胎 ・ 多胎 | | |

<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る場合は、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

| | | |
|--------------------------------------|----|--|
| 届出人（代理人） ※世帯主または出産する方以外が来庁された時に記入 | 氏名 | |
| | 住所 | |

| | | | | | | |
|-------|-----|----|---|---|---|--|
| 事務処理欄 | 世帯主 | 身元 | ▼一号書類（1点で可） <input type="checkbox"/> 個カ <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> その他（ ） | ▼二号書類（2点以上） <input type="checkbox"/> 保・資 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> その他（ ） | (左記との組合せで可とするもの) <input type="checkbox"/> 学証 <input type="checkbox"/> 社証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他（ ） | 聞取り確認 確認事項 |
| | | 番号 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基検索 <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・記載事項証明 | | 代 理 | <input type="checkbox"/> 法定代理人（ <input type="checkbox"/> 戸 <input type="checkbox"/> 住 <input type="checkbox"/> 成後） <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号書類（ ） |
| | 代理人 | 身元 | ▼一号書類（1点で可） <input type="checkbox"/> 個カ <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> その他（ ） | ▼二号書類（2点以上） <input type="checkbox"/> 保・資 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> その他（ ） | (左記との組合せで可とするもの) <input type="checkbox"/> 学証 <input type="checkbox"/> 社証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他（ ） | 聞取り確認 確認事項 |