

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

(宛先) 茅野市長

年 月 日

届出者	住 所	
	氏 名	
	電話番号	- -

茅野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	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ 茅野市									
	氏 名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ									
	生年月日	年			月			日			
	個人番号 (マイナンバー)										
出産被保険者	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ 茅野市									
	氏 名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ									
	生年月日	年			月			日			
	個人番号 (マイナンバー)										
出産予定日又は出産日		年			月			日			
単胎妊娠又は多胎妊娠の別		単胎 ・ 多胎									
<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. 以前お住まいの市町村に産前産後期間の国民健康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、母子健康手帳、世帯主と出産被保険者のマイナンバーのわかるもの、窓口に来られる方の身分証を提示してください。											

処理欄	本人確認	受付	転入	入力
	個人番号カード・通知カード 免許証・在留カード・保険証・診察券 障害手帳・年金手帳・通帳・キャッシュカード その他 ()			有・無 (転入日) /