国民健康保険税軽減届（産前・産後）

　令和　　　年　　　月　　　日

砺波市長　殿

砺波市国民健康保険税条例第２４条の３の規定により出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 世　帯　主 | 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 個人番号 |  |
| 電話番号 |  |
| 出産する方 | 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | □世帯主と同じ |
| 個人番号 |  |
| 　出産（予定）日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 単胎妊娠又は多胎妊娠の別 | 単胎　　・　　多胎 |

--------------------------------------------------------------------------------

(市記入欄）

□被保険者証記号番号（　　　　　　　　　　　　　）

□母子手帳の写し等により、出産（予定）日及び単胎・多胎の別を確認した。

□出産予定日で届出の場合、出産予定日まで６ヶ月以内かどうか確認した。

□届出時点で軽減適用期間を確定するため、出産月が変更になった場合でも軽減額は変更しない旨を伝えた。（資格喪失の場合を除く。）

□該当がある場合に、以前住んでいた市区町村で産前産後期間の保険料（税）軽減の届出をしたか確認した。届出をした場合は、その際の出産（予定）日を記入する。