

# 産前産後期間に係る国民健康保険税減額申請書

令和 年 月 日

出雲崎町長様

(申請者) 住所 出雲崎町大字

フリガナ  
氏名

電話番号

出雲崎町国民健康保険税条例第11条の5の規定により関係書類を添えて申請します。

世帯主	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	住所	出雲崎町大字 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	個人番号	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
出産した(する)方 <small>※世帯主と同じ場合記入不要</small>	フリガナ 氏名	
	住所	出雲崎町大字
	電話番号	
	個人番号	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
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	

## 【添付書類】

申請に当たっては、この申請書に次の書類を添付してください。

- 1 出産予定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

## 【注意事項】

- 1 この申請書は、出産予定日の6ヶ月前から提出することができます。
- 2 申請時点で保険税の減額対象期間を確定しますので、出産予定日と出産日の月が異なった場合でも保険税の再計算は行いません。
- 3 以前お住まいの市区町村に産前産後期間の保険料(税)の減額を申請している場合、その際申請した出産(予定)日を記入してください。