

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減申請書

府中市長

府中市国民健康保険条例第11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	府中市									
	フリガナ氏名										
	生年月日	年			月			日			
個人番号（マイナンバー）											
対象者 (出産する方、または出産した方)	住所	府中市									
	フリガナ氏名										
	生年月日	年			月			日			
個人番号（マイナンバー）											
出産日 (予定日)	年 月 日			出産種別				単胎・多胎			
申請者	住所	世帯主と同じ・対象者と同じ・()									
	氏名	世帯主と同じ・対象者と同じ・()									
	電話番号										

- 注) この申請書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。
- 申請時点で適用期間を確定するため、出産月が変更になったでも軽減額は変更となりません。(資格喪失となった場合、修正申告があった場合を除く。)
 - 出産後にこの申請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。
 - 以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険料軽減について申請していた場合は、その際に申請した出産予定日又は出産日を記入してください。
 - 申請に当たっては、この申請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

市使用欄 ※記入不要です									
記号番号	29-	入力	確認	軽減期間	R	年	月		
課税	当初・	処理	即時・次例月	処理確認	R	年	月		
受付時 確認項目 (✓)								受付者	
1. 出産予定日(もしくは出産日)の確認ができたか				2. 申請書に記入漏れがないか					
3. 申請日は出産予定日の6か月以内か				4. 出産被保険者が国保加入者か					
本人確認書類		免許・マイカ・パスポ・保・キャ・クレ・診・在カ・()							