

様式第 5 号

産前産後期間に係る保険料軽減届出書		
江差町長 様		
江差町国民健康保険税条例第 2 3 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。		
届出年月日	年 月 日	
世帯主 (納税義務者)	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	
	個人番号	
	電話番号	
出産する方	世帯主と同じ場合は記入不要	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	
	個人番号	
	電話番号	
出産予定日 又は 出産日	年 月 日	
単胎又は多胎の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	
<p>&lt;注意事項&gt;</p> <p>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。</p> <p>2. 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、以前お住いの市町村に産前産後期間の保険料軽減について届けていた場合は、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。</p> <p>3. 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。</p> <p>① 出産予定日を確認することができる書類</p> <p>② 単胎妊娠又は多胎妊娠の事実を確認することができる書類</p> <p>③ 出産後に届出を行う場合は、出産した被保険者と当該出産に係る子との身分関係及び出産日を確認することができる書類</p>		