

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

年 月 日

甲賀市長 あて

納税義務者（世帯主）

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

甲賀市国民健康保険税条例第24条の3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。

出産被保険者	氏名	
	生年月日	年 月 日
出産予定日または出産日		年 月 日
単胎妊娠または多胎妊娠の別		単胎・多胎（どちらかに○）

添付書類

- ・ 出産予定日または出産日を確認できる書類
- ・ 多胎妊娠の場合、その旨を確認できる書類
- ・ 出産後に届出を行う場合、親子関係を確認できる書類 ※同一世帯の場合、省略可