

山形市国民健康保険
産前産後期間に係る保険税軽減届出書

令和 年 月 日

山形市長

山形市国民健康保険条例第20条の4第1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			
	氏名	生年月日	昭和・平成	年 月 日
		個人番号	-	-
電話番号	-	-		
出産する方 <input type="checkbox"/> 世帯主 と同じ	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	氏名	生年月日	昭和・平成	年 月 日
		個人番号	-	-
電話番号	-	-		
出産予定日 又は出産日	<input type="checkbox"/> 出産予定日 <input type="checkbox"/> 出産日 令和 年 月 日	単胎妊娠 又は 多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	
<注意事項>				
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。				
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、以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険税減額について届け出ていた場合は、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。				
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。 ・母子健康手帳などの出産予定や単・多胎妊娠が確認できる書類（多胎のときは人数分） ・マイナンバーがわかるもの				

山形市記入欄

宛名番号	-			
確認書類 (コピー添付 必要)	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳（山形市発行の場合） <input type="checkbox"/> 出産予定日の記載 4ページ または <input type="checkbox"/> 出産日の記載 1ページ <input type="checkbox"/> 妊娠した方（母）の氏名の記載 1ページ <input type="checkbox"/> 単胎か多胎かわかるページ 4ページ (多胎の場合ページ下部に「双胎」のスタンプあり) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> マイナンバーがわかるもの（コピー添付不要、確認のみ）			
受付印		入力		確認