|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第８（第１条の２関係）  産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書  （あて先）北名古屋市長  北名古屋市国民健康保険税条例第２４条の２の２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 | | | | 令和　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証記号番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 世　帯　主 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ①氏 名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ②生年月日 | | 大正 昭和 平成 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| ③住 所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ④個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑤電話番号 | | ―　　　　　　　　― | | | | | | | | | | | | | |
| 出産する方  □世帯主  □世帯員  世帯員の場合は右欄を記入してください。 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ①氏 名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ②生年月日 | | 昭和 平成 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| ③住 所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ④個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出産予定又は出産日 | | | | 令和　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 単胎妊娠又は多胎妊娠の別 | | | | 単胎　　　　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（料）軽減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。  ①出産日又は出産予定日を確認することができる書類（母子健康手帳等）  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（母子健康手帳等） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 受付印 | | | | | | | | | | | | | | |
| 処理欄 | 受　付 | 確　認 |
|  |  |