

課長	課長補佐	係長	係

窓口受付

国民健康保険税減免申請書（産前・産後）

被保険者証 記号番号	五 所 川 原	対 象 者 氏 名 、 生 年 月 日											
		氏 名 (昭 和 ・ 平 成 年 月 日 生)											
		個 人 番 号											
出産(予定)日	令和 年 月 日	出産種別	単胎 ・ 多胎										

※出産前に申請する場合は出産予定日が分かる書類の添付が必要

※申請時点で減免適用期間を確定するため、国保の資格異動がある場合を除き出産月が変更になった場合でも減免額は変更しない

五所川原市国民健康保険税条例第24条の3の規定により申請します。

令和 年 月 日

五所川原市長

〒037-

世帯主 住所 五所川原市 _____

氏名 _____

個人番号 _____

連絡先 _____

※処理欄

判定結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	国保取得日	年 月 日
減免対象月	令和 年 月 から 令和 年 月 まで <small>※出産(予定)日が属する月の前月から出産(予定)日が属する月の翌々月 (多胎妊娠の場合は、属する月の3ヶ月前から6ヶ月間)</small>		