

税務課	課長	課長補佐	係長	係	取扱者

産前産後期間に係る保険税減免届出書

世帯主 (納税義務者)	氏名				
	住所	壱岐市			
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日
	個人番号				
出産被保険者	☐ 世帯主と同じ				
	氏名				
	住所	☐ 世帯主と同じ			
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日
	個人番号				
出産日又は出産予定日		令和	年	月	日
単胎妊娠又は多胎妊娠の別		☐ 単胎 ☐ 多胎			
減免を受けようとする理由		壱岐市国民健康保険税条例第23条第3項に規定する出産被保険者であるため			

(あて先) 壱岐市長 様
上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

届出者 住所 ☐ 世帯主と同じ ☐ 出産被保険者と同じ

壱岐市

氏名 世帯主との続柄()

電話番号

< 注意事項 >

- 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。
- 壱岐市に転入する前にお住いの市町村に産前産後期間の保険料(税)軽減を届け出ていた場合は、その際に届け出た出産予定日を記入してください。

受付印

< 本人確認書類 >

☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 保険証(国保・社保)
☐ 運転経歴証明書 ☐ 年金手帳 ☐ その他()

< 確認書類添付 >

※母子健康手帳など
☐ 出産(予定)日 ☐ 単胎又は多胎の別

保険 決裁 課	課長	課長補佐	係長	係	確認者	受付者	税務課送付日