

国民健康保険税 出産期間 課税免除届

届出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

飯島町長 様

私は、出産に際し、下記要件を満たしていることにより、産前産後期間の国民健康保険税の所得割・均等割額の免除を申し出ます。

- 要件
- ①出産予定者が、国民健康保険に加入している
 - ②妊娠月数が、4か月(85日)以上を予定した出産

記

1.納税義務者 氏名 (世帯主)	フリガナ				
	住所	飯島町			
	生年月日	S・H 年 月 日			
マイナンバーカードの個人番号					
2.出産者 氏名 (被保険者)	フリガナ				
	住所	飯島町			
	生年月日	S・H 年 月 日			
	マイナンバーカードの個人番号				
	出産の予定日	令和 年 月 日 予定			
	胎児の人数	1人 ・ 2人以上			
減免該当月数及び期間	4・6 か月 ・ 令和 年 月～ 月				

確認書類

- 1.母子手帳（胎児が2人以上の場合には、その人数分）
- 2.母子手帳が無い場合は、出産の予定日を確認できる書類
- 3.出産後に届け出の場合、出産した被保険者と出産した子供の関係を証明
することが出来る書類

その他

- この届出は出産被保険者の出産予定日の6か月前から行う事が出来ます。
- 免除期間は、胎児または出産した人数が1人の場合4か月間・2人以上の場合、6か月間
- 免除項目は、料金の ①所得割額 ②均等割額を、上記該当月数分行います。
- 出産予定月と実際の出産月に違いが生じても、免除月の変更は行いません。