

出産被保険者に係る保険税減額届出書	
年 月 日	
八王子市長	殿
届出者（納税義務者）	住所 氏名 生年月日 個人番号 電話番号
<p>八王子市国民健康保険条例第 30 条の 4 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。</p>	
出産する方	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
	フリガナ
	氏名
	生年月日
	住所
	個人番号
出産予定日又は出産日	
単胎妊娠又は多胎妊娠の別	単胎 ・ 多胎
<p><注意事項></p> <p>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。</p> <p>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既に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。</p> <p>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。</p> <p>(1) 出産予定日を確認することができる書類（出産後に届出を行う場合は、出産日を確認することができる書類）</p> <p>(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</p>	