

別記第9号様式（第8条の3関係）

出産被保険者に係る届書

年 月 日

豊橋市長 様

豊橋市国民健康保険税条例第24条第3項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。

納税義務者	住 所											
	氏 名											
	生年月日	年			月			日				
	個人番号 (マイナンバー)											
	被保険者記号・番号					電話番号						
出産被保険者	住 所	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ										
	氏 名											
	生年月日	年			月			日				
	個人番号 (マイナンバー)											
出産予定日又は出産日		年			月			日				
単胎妊娠又は 多胎妊娠の別		単胎 ・ 多胎										

(市記入欄)

軽減適用期間		年 月 ~			年 月		
対象者宛名番号						受 付 印	
備考							
受付者	入力日 年 月 日	担当者					