

Notificación de Embarazo/Parto para Solicitar la Reducción de la Tasa del Seguro Nacional de Salud durante el Período antes y después del Parto

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届出書

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota

Notifico el embarazo (o parto) de la asegurada indicada abajo conforme a lo establecido en el Artículo 27-3 de la Ordenanza de la Ciudad de Toyota sobre el Impuesto del Seguro Nacional de Salud.

Instrucciones:

1. Por favor, llene sólo dentro del cuadro en negrita.
2. Para los campos con , marque con "✓" la opción de su respuesta.

通知書番号		Fecha de notificación 届出年月日			Año 年	Mes 月	Día 日
Código/Número de asegurado/a 被保険者記号・番号		—					
Domicilio 住所							
Número de teléfono 電話番号		(<input type="checkbox"/> Jefe/a de familia 世帯主 · <input type="checkbox"/> Gestante 対象者)					
Jefe/a de familia 世帯主	Nombre 氏名						
	Fecha de nacimiento 生年月日	Año 年	Mes 月	Día 日			
Gestante (asegurada del Seguro Nacional) 対象者	Nombre 氏名	<input type="checkbox"/> La propia jefa de familia 世帯主に同じ					
	Fecha de nacimiento 生年月日	Año 年	Mes 月	Día 日			
Fecha prevista del parto o fecha de nacimiento del bebé 出産予定日又は出産日		Año 年	Mes 月	Día 日	(<input type="checkbox"/> Fecha prevista del parto 出産予定日 · <input type="checkbox"/> fecha de nacimiento del bebé 出産日)		
Embarazo único o múltiple 単胎妊娠又は多胎妊娠		<input type="checkbox"/> Embarazo único (un feto) 単胎 · <input type="checkbox"/> Embarazo múltiple (dos o más fetos) 多胎					
(職員記入欄) Para uso oficial 産前産後期間		年 月 ~ 年 月 <small>※単胎は出産(予定)月の前月から4か月間、多胎は出産(予定)月の3か月前から6か月間</small>					

Puntos a tener en cuenta al presentar este formulario:

1. Al presentar esta Notificación, por favor, anexe los siguientes documentos:
 - ① Documento que acredite la fecha prevista del parto o fecha de nacimiento del bebé (Libreta de Salud Materno-Infantil [*Boshi Kenko Techo*], entre otros)
 - ② Documento que acredite el número de fetos [embarazo único/ embarazo múltiple (dos o más fetos)] (Libreta de Salud Materno-Infantil [*Boshi Kenko Techo*], entre otros)
2. Puede presentar esta Notificación a partir de 6 meses antes de la fecha prevista del parto.
3. Si presenta ésta después del parto, escriba la fecha de nacimiento del bebé.
4. Para solicitar la reducción de la Tasa del Seguro Nacional de Salud, en caso de que ya haya notificado su embarazo en otra ciudad donde residía antes, escriba en el presente formulario la misma fecha prevista del parto (o fecha de nacimiento del bebé) que había notificado en la ciudad anterior.

以下、職員記入欄 Para uso oficial -----

(窓口に来た人)	(続柄)	添付書類確認			受付
		<input type="checkbox"/> 出産(予定)日を確認できるもの <input type="checkbox"/> 単胎又は多胎妊娠の別を確認できるもの <input type="checkbox"/> (出産後) オンライン確認・画面出力			
1点確認: 免・個・在・身・他 ()					
2点確認: ()					
賦課処理欄	出産対象者個人コード	入力期間(年度)	入力期間(年度)	入力	確認
		~	~		

※年度がまたがる場合は、コピーをとってからそれぞれ入力