

理事長	常務理事	事務局長	担当者

新型コロナウイルス感染症の影響による国民健康保険料減免申請書

①被保険者証番号			
②(准)組合員氏名		③生年月日	年 月 日
④主たる生計維持者の氏名及び続柄 (該当する□にチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 上記(准)組合員と同じ		
	<input type="checkbox"/> 上記(准)組合員と異なる 氏名 () 続柄 ()		

⑤ 減免申請理由 (該当する□にチェックを入れてください)	
1 <input type="checkbox"/>	新型コロナ感染症により、主たる生計維持者(当組合被保険者以外の者)が死亡した。
添付書類	<input type="radio"/> 死亡診断書
2 <input type="checkbox"/>	新型コロナ感染症により、主たる生計維持者(当組合の被保険者か否かを問わない)が重篤な傷病を負った(1か月以上の治療が必要等、症状が著しく重い場合)。
添付書類	<input type="radio"/> 医師の診断書
3 <input type="checkbox"/>	新型コロナ感染症にの影響により、組合員もしくは准組合員の事業収入、給与収入の30%以上の減少が見込まれる。
添付書類(すべて)	<input type="radio"/> 令和元年分の収入がわかるもの(確定申告書の控え・源泉徴収票等)の写し <input type="radio"/> 令和2年分の収入見込計算書(別紙) <small>法人事業所事業主は「収入見込計算書」の「見込-2」か「見込-3」のいずれかを提出ください。</small> <input type="radio"/> 令和2年分の収入見込額の根拠となる書類(いずれか1種類) [帳簿等の写し・エクセル等で作成した売上台帳等の写し・ 給与明細書等の写し・理事会等の議事録等の写し] <input type="radio"/> 保険金等による補填がある場合は、その金額がわかる書類の写し

※上記1及び2は全額免除、3については減少率により3区分に減免されます。

⑥ 組合員もしくは准組合員等の収入実績と見込額 (上記「⑤減免申請理由」が3の場合のみ)				
項目	⑦ 令和元年分の収入額	令和2年分		減少率 (記入不要)
		⑧ 収入見込額	⑨ 保険金等による補填額	
事業収入				%
給与(報酬)収入				%

※「令和元年分の収入」には、令和元年分の確定申告書の控えや源泉徴収票から数字を転記してください。

※「収入見込額」に、別紙の「収入見込計算書」の数字を転記してください。

※「保険金等による補填額」には、特別定額給付金や持続化給付金等は含みません。

※「減少率」は、(⑦-⑧-⑨)/⑦で計算します。

<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">(准)組合員</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>

組合使用欄	判定	全額・3/4・2/4	金額	
-------	----	------------	----	--