

記載例

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係

受付日

令和元年台風第19号により被災した被保険者に係る
国民健康保険 保険料 免除 申請書

第一種組合員または特別組合員の世帯は2桁・3桁、第二種組合員(従業員)世帯は2桁・3桁-3桁を記載してください
(被保険者証に記載された番号)

被保険者証 記号・番号	記号	番号	該当組合員氏名	被災された組合員(第一種組合員、特別組合員、第二種組合員)のお名前
住所	上記該当組合員のご住所		電話番号	上記該当組合員の電話番号
所属世帯員 氏名	上記該当組合員の世帯に所属する世帯員の氏名(医師国保加入者のみ)			

申請理由	令和元年台風第19号により、住家の全半壊、全半焼、床上浸水、またはこれに準ずる被災をしたため
------	--

長野県医師国民健康保険組合理約第27条に基づき、罹災証明書を添えて届出いたします。

令和 年 月 日

〒

第一種組合員 (医師)

住所

特別組合員

氏名

印

長野県医師国民健康保険組合理事長 殿

申請者は第一種組合員または特別組合員のみ

組合使用欄

月額保険料	医療分	円	免除保険料 総額	円
	支援金分	円		
	介護分	円		
免除期間	令和 年 月分 保険料 ~ 令和 年 月分 保険料 (ヵ月)			
理事会承認日	令和 年 月 日	保険料返戻年月日	令和 年 月 日	