

|        |     |     |       |   |
|--------|-----|-----|-------|---|
| 決<br>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**

|                |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |         |
|----------------|-----|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|---------|
| 被保険者証<br>記号・番号 | 記 号 |  |  |  |  |  |  | 番 号 |  |  | 該当組合員氏名 |
|                |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |         |
| 住 所            |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  | 電話番号    |
| 所属世帯員<br>氏 名   |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |         |

|      |  |
|------|--|
| 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同約第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

⑩

長野県医師国民健康保険組合理事長      殿

**組合使用欄**

|        |  |          |                         |   |
|--------|--|----------|-------------------------|---|
| 月額保険料  | 医療分  | 円        | 免除保険料<br>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      (      カ月 ) |          |                         |   |
| 理事会承認日 | 令和      年      月      日  | 保険料返戻年月日 | 令和      年      月      日 |   |