

【記載例】

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）

受付日

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者等に係る
国民健康保険 保険料 減免 申請書

被保険者証 記号・番号	記号	番号	組合員種別 <input type="radio"/> 第一種組合員 <input type="radio"/> 第二種組合員 <input type="radio"/> 特別組合員	組合員氏名 組合員のお名前	
住所	上記該当組合員のご住所		該当する組合員種別に○をしてください	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）				
主たる 生計維持者	氏名	該当する方のお名前	該当組合員との続柄		
申請理由	<p>※該当する番号を○で囲んでください</p> <p>1 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負った世帯</p> <p>2 新型コロナウイルス感染症の影響により、組合員の事業収入等の減少が見込まれ、当該減少額が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上である世帯</p>				
申請理由 2の場合 記載して ください	※収入が減少する事業を○で囲んでください				
		事業収入	不動産収入	山林収入	給与収入
	A 前年の収入額	H31.1～R1.12月までの収入額			円
	B 当年の収入額（見込）	R2.1～R2.12月までの収入額（見込）			円
	C 補填額〔各種給付金（特別定額給付金、持続化給付金等）、保険金、損害賠償等〕				円
D 収入減少額 A-（B-C）				円	
	C補填額は、B当年の収入額（見込）に含まれている場合に記入してください				
	収入が減少した理由：				
長野県医師国民健康保険組合理事会第27条に基づき、関係書類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	申請者は第一種組合員または特別組合員のみ	
	特別組合員	（医師）	氏名	⑩	
長野県医師国民健康保険組合理事会					

※関係書類（写でも可）

1 主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負った世帯	世帯全員が記載された住民票（世帯主がわかるもの）、死亡診断書、医師の診断書（1か月以上の治療を有すると認められるなど、新型コロナウイルス感染症の病状が著しく重いもの）などの写し
2 組合員の事業収入等の減少（3/10以上）が見込まれる世帯	確定申告書、一定期間の帳簿、源泉徴収票、給与明細書、補填額の証明となるもの（通帳・保険契約書等）の写し

組合使用欄

減免期間	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	