

記入例 新型コロナウイルス感染症の影響に伴う保険料減免申請書

申請する 組合員	氏名	組合 花子				被保険者証の 記号番号			00 - 0000 - 00							
	個人番号 (マイナンバー)					1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2

※申請書の項目はすべてご記入ください。

【1】該当事由 ※当てはまる方にレ点 (①は感染した者の氏名、感染が確認された日をご記入ください。)	
<input type="checkbox"/>	① 主たる生計維持者 (世帯主) が死亡又は重篤な傷病を負ったため 感染した者の氏名 _____ 感染が確認された日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
<input checked="" type="checkbox"/>	② 事業収入又は給与収入の減少が見込まれるため ※以下の基準に該当する場合は対象となります。 組合員の事業収入又は給与収入のいずれかが、申請時点において把握可能な月までの累計と前年同月までの累計とを比べて10分の3以上減少し、かつ、今後も年間を通して10分の3以上減少する見込みであること。
【2】減収が見込まれる収入種別 ※当てはまる方にレ点 (②を選択した場合のみご記入ください。)	
<input checked="" type="checkbox"/>	事業収入 (個人事業主)
<input type="checkbox"/>	給与収入 (法人事業主、勤務医、准組合員)
【3】令和3年收入見込額計算書 ※以下の項目を記入 (②を選択した場合のみご記入ください。)	
① 申請時点で収入が確定している月	令和3年 ⁽¹⁾ 6 月分まで
② 令和2年1月～令和2年 ⁽¹⁾ 6 月 までの累計収入額	30,000,000 円 ※金額は1円単位まで正確にご記入ください。
③ 令和3年1月～令和3年 ⁽¹⁾ 6 月 までの累計収入額	21,000,000 円 ※金額は1円単位まで正確にご記入ください。
④ 減少額 (②-③)	9,000,000 円
⑤ 減少率 (④÷②) × 100 (小数点以下切り捨て)	30 % ※減少率が0.3に満たない場合は保険料減免の対象外です。
<p>※②③の「(1)」には、①で回答した数字を当てはめてください。 ※②③は、確定申告書もしくは源泉徴収票に基づく金額です。事業収入は、仕入れや必要経費を差し引く前の金額、給与収入では保険料や源泉徴収税額を差し引く前の金額となります。 ※収入減少により受取った保険金又は損害賠償等、国や都道府県から支給される各種給付金は含めません。</p>	

上記のとおり収入減少が見込まれることを、**必要書類 (裏面参照) を添えて**申請します。

愛知県医師国民健康保険組合理事長 様

令和 **3** 年 **8** 月 **1** 日

【必須】 正組合員
(医師)

個人番号
(マイナンバー)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

自宅住所 **名古屋市中区栄四丁目14番28号**

氏 名 **国保 太郎**

国保

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用する。

※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

組合 使用欄	承認	不承認	減免割合	全額	3 / 4	2 / 4
-----------	----	-----	------	----	-------	-------

**※この減免措置は、国庫補助金による財政支援により行われます。
状況によっては全額又は一部認められない場合もありますので、あらかじめ
ご了承ください。**

《 記入について 》

- ◇ 申請書は1組合員につき1枚ご提出ください。
- ◇ 准組合員の申請の場合も、正組合員の署名・捺印が必要です。（准組合員の捺印は不要）

《 必要書類 》

■ ① 主たる生計維持者（組合員を除く世帯主）が死亡した場合

- 死亡診断書又は死体検案書の写し（死亡診断書等で判断できない場合は、診断書など感染したことがわかる書類をあわせてご提出ください。）
- 戸籍謄本

■ ① 主たる生計維持者（世帯主）が重篤な傷病を負った場合

- 医師による診断書
- 世帯全員の住民票

■ ② 事業収入が減少した場合

- 令和2年確定申告書の写し
 - 令和2年1月～12月の帳簿の写し
 - 令和3年1月～収入が確定している月までの帳簿の写し
- ※令和3年確定後に確定申告書の控え又は申請後以降の帳簿を確認する場合があります。

■ ② 給与収入が減少した場合

- 令和2年源泉徴収票の写しまたは確定申告書の写し
 - 令和2年1月～12月の給与明細書（賞与明細書を含む）の写し
 - 令和3年1月～申請日直近までの給与明細書（賞与明細書を含む）の写し
- ※法人の役員報酬により令和3年の年間収入が決定している方で、年間収入を前年と比較した際に収入減少の要件を満たす場合は、「役員報酬が決定した際の総会議事録の写し」を併せてご提出ください。
- ※令和3年確定後に源泉徴収票又は申請後以降の給与明細書を確認する場合があります。

※上記の書類がない場合は、その他状況がわかる書類を添付してください。

愛知県医師国民健康保険組合

〒460-0008

名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館5階

TEL：052-263-1688 FAX：052-263-1748

業務日及び時間：月曜日～金曜日（9：00～12：00、13：00～17：00）

土日祝日・夏季休暇・年末年始は休業いたします。

※電話でのお問い合わせの際、本組合被保険者の方は必ず被保険者証記号番号を確認の上、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。