

愛知県医師国保組合の組合員の皆様へ

新型コロナウイルス感染症の影響により、
次の要件を満たす方は、**保険料が減免対象**となります。

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。

【保険料の減免の対象となる方】

- 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し、又は重篤な傷病を負った世帯の方** ⇒ 保険料を全額免除
- ② **新型コロナウイルス感染症の影響により、組合員の収入減少(※)が見込まれる世帯の方** ⇒ 保険料の一部を減額

※保険料が減免される具体的な要件

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以上減少することが見込まれること

- 比較対象は令和2年收入と令和3年收入です。
- ひと月分の収入のみ10分の3以上減少していても減免対象とはなりません。
- 詳しい計算方法は裏面をご参照ください。

- 保険料の減免額は、保険料額に事業収入等に係る減少率に応じて下記の減免割合をかけた金額です。

| 減少率 | 減免割合 |
|---------------------|-------|
| 5 / 10 以上 | 全額 |
| 5 / 10 未満 4 / 10 以上 | 3 / 4 |
| 4 / 10 未満 3 / 10 以上 | 2 / 4 |

- 減免の対象となる保険料は、令和3年度分の保険料であって、令和3年4月1日から令和4年3月31日までの間に納期限が設定されているものです。なお、減免分の保険料は、令和4年4月に一括還付する予定です。

◆ 次の方は保険料減免の対象外です ◆

- ・開業や事業継承等により、収入の種類が変わり前年と同じ収入の種類との比較ができない方
- ・新型コロナウイルス感染症の影響ではないことが明らかな方
...離転職や自己都合による休診等が主な原因となって収入減少したことが明らかな場合は保険料減免は対象外です。
- ・第二正組合員本人
...第二正組合員本人は後期高齢者医療制度の被保険者であるため、当組合の保険料減免は対象外です。ただし、第二正組合員の家族については、第二正組合員本人が要件を満たしている場合、当組合の保険料減免対象となります。

◆ 収入減少の計算方法 ◆

申請時点において令和3年6月までの収入実績が確定している場合

| | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 合計 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| 令和2年 事業収入 | 500万円 | 500万円 | 500万円 | 500万円 | 500万円 | 500万円 | 3000万円 ...① |
| 令和3年 事業収入 | 400万円 | 400万円 | 350万円 | 350万円 | 300万円 | 300万円 | 2100万円 ...② |

減少額 {(令和2年1月～6月の累計収入額①) - (令和3年1月～6月の累計収入額②)}
が①の10分の3以上であれば、保険料の減免対象となります。また、その場合の減免
割合は、減少率(%) {(減少額÷①)×100} に応じて決定します。

$$\text{減少額} = (\text{①} - \text{②}) = 3000\text{万} - 2100\text{万} = 900\text{万} \dots \text{③}$$

$$\text{減少率}(\%) = (\text{③} \div \text{①}) \times 100 = (900\text{万} \div 3000\text{万}) \times 100 = 30\%$$

減少額が令和2年収入の10分の3以上であるため保険料減免に該当します。

減少率は「4 / 10 未満 3 / 10 以上」のため、減免割合は2 / 4です。

◆ 申請方法 ◆

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に以下の必要書類を添えて、
当組合までご郵送ください。

○主たる生計維持者（組合員を除く）が死亡した世帯の方

1. 死亡診断書の写し
2. 戸籍謄本

○主たる生計維持者が重篤な傷病を負った世帯の方

1. 医師による診断書
2. 世帯全員の住民票

○事業収入が減少した方（個人事業主）

1. 令和2年確定申告書の写し
2. 令和2年1月～12月の帳簿の写し
3. 令和3年1月～収入が確定している月までの帳簿の写し

※帳簿は損益計算書や総勘定元帳など、月別の収入が確認できる書類の提出をお願いします。

○給与収入が減少した方（法人事業主、勤務医、准組合員）

1. 令和2年源泉徴収票の写しまたは令和2年確定申告書の写し
2. 令和2年1月～12月の給与明細書の写し
3. 令和3年1月～申請日直近までの給与明細書の写し

※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。

〒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
愛知県医師国民健康保険組合
TEL：052-263-1688 FAX：052-263-1748
HP：www.aichi-isikokuho.or.jp