

(新型コロナウイルス感染症による減免申請書・死亡又は重篤/収入減少用)

新型コロナウイルス感染症による国民健康保険料減免申請書 (収入等報告書)

(該当字句に○印をすること)

被保険者証番号	全歯	生年月日	昭和・平成	年	月	日
組合員番号			令和			
組合員氏名		性別	男	・	女	

申請理由 (あてはまる□に✓をいれてください。)

①	<input type="checkbox"/>	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組合員世帯 (主たる生計維持者が全国歯組合員または住民票上の世帯主でない場合も含む。)
②	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の影響により、医業収入が申請時点で前年にくらべ10分の3以上減少する見込みである開設管理者の1種組合員及び後期高齢者組合員世帯
③	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の影響により、給与収入が申請時点で前年にくらべ10分の3以上減少する見込みである組合員世帯

上記にて①の場合、医師による診断書の写しの添付が必要。

上記にて②③を選択した場合、下記の収入額についてご記入ください。添付書類も有。

令和2年分の収入見込額及び令和元年分の収入額について

②医業収入 (国保連合会、社会保険診療報酬支払基金、後期高齢者医療広域連合/自費診療の収入)

③給与収入 (賞与は受け取った月に加算してください。)

以下実績を記入してください。※国や都道府県から支給される各種給付金は含めず記載してください。

月	円	月	円
月	円	月	円

(連続する4ヵ月間を選んでください。)

上記4ヵ月間 収入合計 (A)	円	令和2年分 収入見込額 (A) × 3 = (B)	円
令和元年の 収入 (C)	円	収入減少率 (B) ÷ (C) - 1) × 100 × -1	%

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者証番号	全歯	組合員氏名 (代理人)	印
組合員番号			
住所	〒		

支部 チェック表	収入 減少率	50%以上	40%以上50%未満	30%以上40%未満
-------------	-----------	-------	------------	------------

理事長	専務理事	事務局長	係

本部受理
受付印

支部長	支部常務	係

支部受理
受付印

※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。