

国民健康保険料減免申請書

申請日 令和 年 月 日

保険料減免を受ける対象者

(該当字句に○印をすること)

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

納期延長・減額・免除を受けようとする保険料

期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
納付すべき金額	円 (内訳は別紙1)
納付予定年月日 (納期延長の場合)	令和 年 月 日
納付可能金額 (減額の場合)	円

※上記の詳細内容が申請時に不明の場合は支部事務所までお問合せください。

【1種組合員・後期高齢者組合員記入欄】

納期延長、減額、免除を必要とする理由 (該当の理由に○印をすること)

<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により休診となり 事業収入が減少したため。
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により、休診または休職となり 給与収入が減少したため。
期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記のとおり規約第26・27条の適用を頂きたいと申請します。

被保険者証番号	全歯 ー	組合員氏名	印
組合員番号			
住所	〒		

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

理事長	専務理事	事務局長	係



支部長	支部常務	係

