

理事長	副理事長	専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	係員

国民健康保険料減免申請書

令和 年 月 日

奈良県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

申請者（組合員）

住 所

氏 名

㊞

診療所名

下記理由により、保険料を納付することが困難であるため、奈良県歯科医師国民健康保険組合規約第 30 条の規程により保険料の減免を申請します。

該当するものにチェックを入れてください。

減免を受けようとする理由		<input type="checkbox"/> 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た <input type="checkbox"/> ②新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が重篤な傷病を負った <input type="checkbox"/> ③新型コロナウイルス感染症の影響により、組合員の収入の減少
理由③の場合	減額になった収入	<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	収入額（令和 3 年分）	円
	前年収入額（令和 2 年分）	円

※添付書類

◎理由①の場合

- ・医師による死亡診断書

◎理由②の場合

- ・医師による診断書

◎理由③の場合

- ・令和 3 年分収入額を証明する書類（確定申告書の写しまたは源泉徴収票の写し）
- ・令和 2 年分収入額を証明する書類（確定申告書の写しまたは源泉徴収票の写し）
- ・保険金、損害賠償等により補填される金額がある場合は、その金額が確認できる書類

※申請期限：令和 4 年 3 月 1 0 日（木）

受付日		処理欄	
-----	--	-----	--