

新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険料免除申請書

減 免 対 象 組 合 員	被保険者証・ 組合員証の番号	宮医	第1種・第2種 組合員の資格取得日	昭・平・令 年 月 日	
	住 所				
	続 柄	氏 名	生 年 月 日	年齢	備 考
	組合員本人		大・昭・平・令 年 月 日		
	家 族			大・昭・平・令 年 月 日	
			大・昭・平・令 年 月 日		
			大・昭・平・令 年 月 日		
			大・昭・平・令 年 月 日		
生 計 維 持 者 の 状 況	生計維持者氏名		大・昭・平 年 月 日	組合員との続柄	
	生計維持者が加入の健康保険(該当を○で囲む)	協会けんぽ・共済組合・市町村国保・他の国保組合			
	生計維持者の 被災状況	(該当の番号を○で囲む) 1. 死亡 (死亡した日：令和 年 月 日) 2. 重篤な傷病を負った (入院：令和 年 月 日～ 年 月 日)			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 ー ー 医療機関住所</p> <p style="text-align: center;">第1種組合員 (事業主) 氏 名 (印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>					

※ 医師の診断書を添付のうえ、所属の支部(郡市医師会)へ、提出してください。

支 部 記 入 欄	令和 年 月 日	組合受付
	支部長 (印)	

D L

組 合 使 用 欄	令和 年 月 日 第 回理事会	減免額	円
	令和 年 月～令和 年 月減免	(カ月分)	