

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 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				
	新型コロナウイルス感染拡大の影響により、収入の減少額が前年の収入等の額の10分の3以上となる見込みで、直近3か月の収入額は以下のとおりである。									
	区分	令和2年 月	令和2年 月	令和2年 月	3か月平均	確定(推定)収入額		備 考		
	前年	円	円	円	円	円				
当年	円	円	円	円	円					
添 付 書 類	本 申 請 書 に 添 付		令和元年分確定申告書又は源泉徴収票の写し。上記3か月の帳簿等又は給与台帳の写し。							
	令和2年収入確定後の提出書類		令和2年分確定申告書の写し又は源泉徴収票の写し。							
<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</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所</p> <p style="text-align: center;">第1種組合員</p> <p style="text-align: center;">(事業主) 氏 名 ㊟</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>										

支 部 記 入 欄	令和 年 月 日						組 合 受 付	
	支部長 ㊟							

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				(月分)		