

常務理事	理事	事務長	担当者	支給日
				年 月 日



令和3年度 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

※太枠の部分すべて記入の上、必要書類を添付してご提出ください。

減 免 対 象 組 合 員	被保険者証番号又は 組合員証の番号		宮医 A		組合員の種別 <input type="checkbox"/> 第1種組合員 A・B・C <input type="checkbox"/> 第2種組合員		資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
	住 所								
	続 柄		氏 名		生 年 月 日		年齢	備 考	
	組合員本人				大正・昭和・平成 年 月 日				
					大正・昭和・平成 年 月 日				
					大正・昭和・平成 年 月 日				

【1】該当事由

- 主たる生計維持者（世帯主）が死亡又は重篤な傷病を負ったため
- 組合員の事業収入又は給与収入が減少したため（以下の基準に該当する場合は対象となります。）

※新型コロナウイルス感染症の影響により、組合員の事業（医業）収入、又は医業に関する給与収入が減少し、減少額が前年の収入額の10分の3以上である世帯。

【2】減少した収入種別

- 事業収入（個人事業主） 給与収入（法人事業主、勤務医、非常勤医、従業員）

【3】令和2年分、3年分の収入額累計及び減少率

令和2年分	円	令和3年分	円	減少率	%

※添付書類: 令和2年分と令和3年分の確定申告書の写し又は源泉徴収票の写しを添付。

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

〒 ー

医療機関住所

第1種組合員
(事業主) 氏 名

電話番号 ()

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

支 部 記 入 欄	() 支部長	受付月日		組 合 使 用 欄	第 回理事会	減免割合	保 険 料	R2	円
		年 月 日			年 月 日	全額		R3	円
					承認 ・ 不承認	3 / 4		減免保険料決定額	
						2 / 4	円		

※当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。