

新型コロナウイルス感染症の影響により 収入が減少した被保険者等に係る保険料減免申請書

東京土建国民健康保険組合 理事長 殿

新型コロナウイルス感染症の影響により生活が著しく困難になったため、下記のとおり国民健康保険料の減免を申請します。

※太枠内を本人が記入・押印してください。

記号・番号	91— .	申請日	年 月 日	
組合員氏名	印	申請種別	新規・変更	
住所	〒 — 電話 ()			
※組合員が死亡の場合は、代理人欄に届出人の氏名・組合員との関係・住所を記入し押印してください。				
代理人	氏名	印	組合員との関係	
	住所			
申請事由 【主たる生計維持者（世帯主）が組合員ではない場合は組合員との続柄を必ず記入して下さい】				
あてはまる事由（1～3）に○をしてください。			添付書類	
新型コロナウイルス感染症の影響	1	世帯主が死亡したとき		<input type="checkbox"/> 死亡診断書又は死体検案書の写し(死因が新型コロナウイルス感染症であることが確認できるもの) <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票(続柄が記載されているもの) ※世帯主が組合員以外の場合
		世帯主名	(組合員との続柄)	
		死亡日	年 月 日	
	2	世帯主が重篤な傷病を負ったとき		<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票(続柄が記載されているもの) ※世帯主が組合員以外の場合
		世帯主名	(組合員との続柄)	
		り患した日	年 月 日	
3	組合員の収入が前年より 30%以上減少したとき		<input type="checkbox"/> 収入減少割合報告書 <input type="checkbox"/> 2019年の収入額がわかる書類(2019年分の確定申告書(控)の写し、源泉徴収票等) <input type="checkbox"/> 2020年の収入額がわかる書類(売上台帳、給与明細書等)	

-----国保使用欄-----

組合員国保種類	家族人数	介護	減免割合
都内 都外	成 高 小 乳 一 中 幼 計 人	人	全額・3/4・2/4
減免期間			年 月から
年 月 から 年 月			年 月まで還付

支部受付	国保受付	係長	課長	事務局次長	登録	確認	発送	