

# 国民健康保険料減免申請書

(新型コロナウイルス感染症関係)

様式 12

決 裁	令和 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	減免期間	減免月数	減免保険料額																																																
	令和 年 月 日								令和 年 月 日	か月	円																																																
被保険者証の記号番号				新建 -			電話番号 ( )																																																				
減免申請の理由 <b>新型コロナウイルス感染症の影響による以下の理由で申請いたします。</b> ※該当箇所へチェック(レ点)を付けてください。								世帯構成員 (申請の理由が①であり、なおかつその者が国保未加入の場合はその者についても記入し、国保未加入に○を付けてください。)																																																			
<input type="checkbox"/> ① 主たる生計維持者の死亡又は重篤な傷病 ・死亡診断書や診断書(写)を添付してください。								<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>年齢</th> <th>国保未加入</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>組合員</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					氏名	続柄	年齢	国保未加入	備考	1		組合員				2						3						4						5						6						7					
	氏名	続柄	年齢	国保未加入	備考																																																						
1		組合員																																																									
2																																																											
3																																																											
4																																																											
5																																																											
6																																																											
7																																																											
<input type="checkbox"/> ② 収入の大幅な減少 ・様式12別紙及びその裏付となるR1年の年間収入とR2年4月～6月等の収入を確認できる書類(写)を添付してください。 ※保険金、損害賠償等による補填の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ・有りの場合は保険契約書や帳簿等、金額が確認できる書類(写)を添付してください。																																																											
新潟県建築国民健康保険組規約第24条の規定により上記のとおり国民健康保険料の減免の申請をいたします。 資格の異動による減免保険料の精算について了承いたします。																																																											
令和 年 月 日				〒 - 組合員住所 氏名 (印)																																																							
新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿																																																											

※運転免許証等の本人確認書類(写し)を添付してください。