

支部 受付 印	
---------------	--

決 裁 欄	理事長	専務理事	事務局長	係長	係

本 部 受 付 印	
-----------------------	--

第2回新型コロナウイルス感染症の影響により 収入が減少した組合員等に係る保険料減免申請書

◎ 太枠の中を漏れなく記入してください。また、該当するものに☑してください。

記号	番号	フリガナ	個人番号 ※12桁の個人番号を間違いの無いようご記入ください。
92-	組合員 氏名		
申請理由	<input type="checkbox"/> ①新型コロナウイルス感染症により、組合員が重篤な傷病 ^{※1} を負ったため <input type="checkbox"/> ②新型コロナウイルス感染症の影響により、2020年において一定程度収入が減少 ^{※2} したため 裏面「事業収入等申告書」を記入してください。		
添付書類	<input type="checkbox"/> 【上記①の場合】 組合員の医師の診断書 <input type="checkbox"/> 【上記②の場合】 裏面をご覧ください。		
上記証明書類を添付して、保険料の減免を申請いたします。 年 月 日 組合員 住所 氏名 (印) 全国板金業国民健康保険組合 理事長 殿			

- ※1 重篤な傷病とは：入院または1か月以上の治療を要した場合
- ※2 一定程度収入が減少とは：組合員の2020年の事業収入等^{※3}を2019年の事業収入額等で除して得た減少率が3/10以上
- ※3 事業収入等とは：
(事業収入、不動産収入、山林収入、給与収入のいずれか) - (保険金、損害賠償等により補填されるべき金額^{※4})
- ※4 国や都道府県から支給される特別定額給付金や持続化給付金等は含めない。

◎ 申請する時は、事業主による個人番号の確認を受けてください。

■事業主確認欄 上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

住所	〒 ————	都 道	府 県	電話番号 () ————
事業所名	事業主名 (印)			

注) 保険料の減免を受けた組合員が虚偽の申請を申告したことが判明した場合は、保険料の減免を取り消し、当該保険料を徴収します。

【本部使用欄】

チェック欄	申請理由	減免月数	減免期間	減免決定額
	①または②5/10以上	6か月	令和2年10月から令和3年3月	円
	②5/10未満4/10以上	4か月	令和2年10月から令和3年1月	
	②4/10未満3/10以上	3か月	令和2年10月から令和2年12月	

事業収入等申告書

(申請理由②に該当される方が記入します)

年 月 日

(保険証記号番号) 92- -

(組合員氏名)

(日中連絡のとれる電話番号)

組合員の収入額は以下のとおりです。

1 組合員の収入額

太枠内を記入してください。

収入の種類	<input type="checkbox"/> 事業収入	<input type="checkbox"/> 給与収入	<input type="checkbox"/> 不動産収入	<input type="checkbox"/> 山林収入
	令和元年(平成31年) (1月～12月の収入額)	令和2年 (1月～12月の収入額)		減少率 (%)
	収入額(a)	収入額(b)※	保険金等による 補填額(c)	
1月		円	円	
2月		円	円	
3月		円	円	
4月		円	円	
5月		円	円	
6月		円	円	
7月		円	円	
8月		円	円	
9月		円	円	
10月		円	円	
11月		円	円	
12月		円	円	
収入額計	円	円	円	

※給与収入の場合は収入額計のみ記入で可

2 添付書類

【個人事業主の場合】

ア) 2019年分の確定申告書第1表(収受印のあるもの又はe-Tax受付番号のあるもの)の控えの写し

イ) 2020年分の各月の収入がわかるもの(売上台帳や帳簿等)

【法人事業主及び従業員の場合】

ア) 2019年分および2020年分の給与の源泉徴収票の写し

【保険金等による補填額(c)がある場合】

・補填額がわかる書類の写し