

副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

受付

組合処理欄	全額免除 ・ 3 / 4 減額 ・ 2 / 4 減額
-------	----------------------------

新型コロナウイルス感染症の影響による国民健康保険料減免申請書 (個人事業所の事業主組合員用)

被保険者証又は組合員証	記号	医国又は075	番号	-
組合員氏名	生年月日		年 月 日	
医療機関名				

★減免申請理由 1または2 (該当する□にチェックを入れてください)

- 1 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者(世帯主・当組合被保険者以外の者を含む)が、死亡または重篤な傷病(1か月以上の治療が必要等、症状が著しく重い場合)を負った。
(添付書類) 死亡の場合・・・○死亡診断書 ○申請人と世帯主がわかる住民票(除票)(続柄あり)
重篤な傷病・・・○医師の診断書 ○申請人と世帯主がわかる住民票(続柄あり)

- 2 新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年の事業収入(医業収入)が令和元年より30%以上減少。

**注:個人事業所の事業主組合員で事業収入のうち医業収入のみが対象
(医業収入以外の事業収入や給与収入等は対象になりません)**

(添付書類) ○平成31年1月診療分から令和元年6月診療分までの以下1から4までの該当する全ての写し

※上記がない場合は、○令和元年の年間合計分の以下1から4までの該当する全ての写し
または、令和元年分確定申告書の写し(医業収入が確認できる部分を含む)

確定申告書の写しの場合、税務署の受付印がある「所得税確定申告書の第一表」。
ただし、電子申告の場合は税務署の受付印がないため、税務署の受付印の代わりに
税務署からの「受信通知」を印刷して添付。

○令和2年1月診療分から6月診療分までの以下1から4までの該当する全ての写し

- | |
|---|
| 1. 社会保険診療報酬支払基金から毎月送られてくる「当座口振込通知書」 |
| 2. 国保連合会から毎月送られてくる「診療(調剤)報酬等支払額決定通知書」 |
| 3. 国保連合会から毎月送られてくる「特定健診・特定保健指導の支払額通知書」 |
| 4. 国保連合会から毎月送られてくる「出産育児一時金等支払額通知書(正常・異常)」 |

○事業(医業)収入申告書(個人事業所の事業主組合員用)(様式C-1-2)

○保険金等による補填がある場合は、その金額が確認できる書類の写し

☆事業収入

項目	令和元年分収入額①	令和2年分		減少率 (記入不要)
		収入額②	保険金等による補填額③	
事業(医業)収入	円	円	円	%

※「令和元年分収入額①」には「事業(医業)収入申告書」(様式C-1-2)の②又は③又は④、

「収入額②」には「事業(医業)収入申告書」(様式C-1-2)の⑥の額を記入下さい。

※「保険金等による補填額③」には、特別定額給付金や持続化給付金等は含みません。

※減少率目安・・・「(①-②-③)/①」

上記の理由により、国民健康保険料の減免を申請します。

令和 年 月 日

組合員 住所

(組合員死亡の場合は申請人)

氏名

印

大阪府医師国民健康保険組合理事長 殿

(様式C-1-1)記入例	課長(補佐)	係長	係

受付

組合処理欄	全額免除 ・ 3 / 4 減額 ・ 2 / 4 減額
-------	----------------------------

新型コロナウイルス感染症の影響による国民健康保険料減免申請書 (個人事業所の事業主組合員用)

被保険者証又は組合員証	記号	医国又は075	999	番号	9999 - 999
組合員氏名	国保 太郎		生年月日	S 99 年 99 月 99 日	
医療機関名	国保診療所				

★減免申請理由 1または2 (該当する口にチェックを入れてください)

1 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者(世帯主・当組合被保険者以外の者を含む)が、死亡または重篤な傷病(1か月以上の治療が必要等、症状が著しく重い場合)を負った。
(添付書類) 死亡の場合・・・○死亡診断書 ○申請人と世帯主がわかる住民票(除票)(続柄あり)
重篤な傷病・・・○医師の診断書 ○申請人と世帯主がわかる住民票(続柄あり)

2 新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年の事業収入(医業収入)が令和元年より30%以上減少。

注: 個人事業所の事業主組合員で事業収入のうち医業収入のみが対象
(医業収入以外の事業収入や給与収入等は対象になりません)

(添付書類) ○平成31年1月診療分から令和元年6月診療分までの以下1から4までの該当する全ての写し

※上記がない場合は、○令和元年の年間合計分の以下1から4までの該当する全ての写し
または、令和元年分確定申告書の写し(医業収入が確認できる部分を含む)

確定申告書の写しの場合、税務署の受付印がある「所得税確定申告書の第一表」。
ただし、電子申告の場合は税務署の受付印がないため、税務署の受付印の代わりに
税務署からの「受信通知」を印刷して添付。

○令和2年1月診療分から6月診療分までの以下1から4までの該当する全ての写し

- | |
|---|
| 1. 社会保険診療報酬支払基金から毎月送られてくる「当座口振込通知書」 |
| 2. 国保連合会から毎月送られてくる「診療(調剤)報酬等支払額決定通知書」 |
| 3. 国保連合会から毎月送られてくる「特定健診・特定保健指導の支払額通知書」 |
| 4. 国保連合会から毎月送られてくる「出産育児一時金等支払額通知書(正常・異常)」 |

○事業(医業)収入申告書(個人事業所の事業主組合員用)(様式C-1-2)

○保険金等による補填がある場合は、その金額が確認できる書類の写し

☆事業収入

項目	令和元年分収入額①	令和2年分		減少率 (記入不要)
		収入額②	保険金等による補填額③	
事業(医業)収入	37,920,000 円	14,040,000 円	100,000 円	%

※「令和元年分収入額①」には「事業(医業)収入申告書」(様式C-1-2)の②又は③又は④、
「収入額②」には「事業(医業)収入申告書」(様式C-1-2)の⑥の額を記入下さい。

※「保険金等による補填額③」には、特別定額給付金や持続化給付金等は含みません。

※減少率目安・・・「(①-②-③)/①」

上記の理由により、国民健康保険料の減免を申請します。

令和 2 年 99 月 99 日

組合員

住所

大阪市天王寺区上本町2-1-20

(組合員死亡の場合は申請人)

氏名

国保 太郎



大阪府医師国民健康保険組合理事長 殿