

新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険料の減免について

(個人診療所の事業主組合員用)

新型コロナウイルス感染症の影響により、以下の①又は②の条件に該当する方は国民健康保険料の減免対象になりますので、申請書類を確認のうえ、当組合あて郵送等によりご申請願います。

申請締切:令和2年12月10日(木)厳守

なお、申請書類等を確認の結果、該当にならない場合がありますのでご了承ください。

【減免となる対象】

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。

(申請書類) **☆提出の前にご確認願います**

死亡の場合	<input type="checkbox"/> 「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)」(様式C-1-1) <input type="checkbox"/> 「死亡診断書」 <input type="checkbox"/> 「申請人と世帯主がわかる住民票(除票)」(続柄の表示のあるもの)
重篤な傷病を負った場合	<input type="checkbox"/> 「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)」(様式C-1-1) <input type="checkbox"/> 「医師の診断書」 <input type="checkbox"/> 「申請人と世帯主がわかる住民票」(続柄の表示のあるもの)

【保険料減免額】 全額免除

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は、事業収入のうち医業収入のみが対象となります。医業収入以外の事業収入や給与収入等が減少していても対象になりません。

(申請書類) **☆提出の前にご確認願います。**

<input type="checkbox"/> 「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)」(様式C-1-1)	<input type="checkbox"/> 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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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までの該当分写し 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。
<input type="checkbox"/> 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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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」 <input type="checkbox"/> 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」 <input type="checkbox"/> 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」 <input type="checkbox"/> 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)」 	
<input type="checkbox"/> 「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)	
<input type="checkbox"/> 保険金等による補填がある場合は、その金額を確認できる書類の写し	

保険料減免額は、収入の減少率に応じて下記のとおり

	減少率	減免割合
【保険料減免額】	50%以上	全額
	40%以上50%未満	3/4
	30%以上40%未満	2/4

【減免対象期間】

令和2年4月分から令和3年3月分までの国民健康保険料

【徴収済保険料との差額調整】

令和3年1月以降に保険料引き落とし口座等へ振り込みにより返還予定
決定した減免割合ならびに保険料額等は別途ご通知いたします

【現行制度の保険料減額制度との調整】

現在、保険料の減額適用を受けている組合員で、この減免が適用となる場合は、その世帯の保険料月額が低額となる方を適用します(組合員世帯のみ)。

(お願い)申請書を提出される際、今一度添付書類等の漏れがないか等ご確認をお願いいたします。

【申請書送付先】

〒543-0001
大阪市天王寺区上本町2丁目1番20号
大阪府医師国民健康保険組合
電話 06-6761-8096