

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 (勤務医組合員・准組合員用)

被保険者証又は組合員証	記号	医国又は075	番号	-
(准)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年の給与収入が令和元年より30%以上減少。

**注: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場合のみ減免の対象で、
離職や転職等が主な原因となって収入が減少した場合は減免の対象外**

(添付書類) ○平成31年1月から令和元年6月給与明細書の写し全て

注:複数の事業所から給与等がある場合は全事業所分を添付

○平成31年1月以降令和元年9月までの賞与明細書の写し

注:複数の事業所から給与等がある場合は、全事業所を添付

上記(給与明細書や賞与明細書)がない場合は、令和元年分確定申告書の写し(給与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。

または、年末調整済み令和元年分源泉徴収票の写し

○令和2年1月から6月給与明細書の写し全て

注:複数の事業所から給与等がある場合は全事業所分を添付

○令和2年1月以降9月までの賞与明細書の写し全て

注:複数の事業所から給与等がある場合は全事業所分を添付

○「給与収入申告書(勤務医組合員・准組合員用)」(様式C-3-2)

○保険金等による補填がある場合は、その金額がわかる書類の写し

☆給与収入

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	
給与収入	円	円	円	%

※「令和元年分収入額①」には「給与収入申告書」(様式C-3-2)の④又は⑤、

「収入額②」には「給与収入申告書」(様式C-3-2)の⑧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・・・「(①-③)/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

住所

(准)組合員

((准)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

准組合員の申請時 組合員の確認欄

組合員氏名

印

画	(様式C-3-1) 記入例	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 (勤務医組合員・准組合員用)

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	保険 三子		生年月日	S 99 年 99 月 99 日	
医療機関名	(医) 国保クリニック				

★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年の給与収入が令和元年より30%以上減少。

注: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場合のみ減免の対象で、
離職や転職等が主な原因となって収入が減少した場合は減免の対象外

(添付書類) ○平成31年1月から令和元年6月給与明細書の写し全て

注:複数の事業所から給与等がある場合は全事業所分を添付

○平成31年1月以降令和元年9月までの賞与明細書の写し

注:複数の事業所から給与等がある場合は、全事業所を添付

上記(給与明細書や賞与明細書)がない場合は、令和元年分確定申告書の写し(給与収入が確認できる部分を含む)

確定申告書の写しの場合は、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。

または、年末調整済み令和元年分源泉徴収票の写し

○令和2年1月から6月給与明細書の写し全て

注:複数の事業所から給与等がある場合は全事業所分を添付

○令和2年1月以降9月までの賞与明細書の写し全て

注:複数の事業所から給与等がある場合は全事業所分を添付

○「給与収入申告書(勤務医組合員・准組合員用)」(様式C-3-2)

○保険金等による補填がある場合は、その金額がわかる書類の写し

☆給与収入

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	
給与収入	3,400,000 円	1,600,000 円	50,000 円	%

※「令和元年分収入額①」には「給与収入申告書(様式C-3-2)の④又は⑤、

**保険三子さんが准組合員の場合は、
組合員の国保三郎さんの記入捺印が必要**

⑧の額を記入下さい。

※持続化給付金等は含みません。

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

住所 大阪市天王寺区上本町2-1-20

(准)組合員

((准)組合員死亡の場合は申請人) 氏名 保険 三子

保
険
印

大阪府医師国民健康保険組合理事長 殿

国
保
印

准組合員の申請時 組合員の確認欄

組合員氏名 国保 三郎