

第1号様式

新型コロナウイルス感染症の影響に係る国民健康保険料減額・免除申請書

年 月 日

墨田区長 あて

次のとおり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ため、国民健康保険料の減免を申請します。

世帯主（納付義務者）の住所			
世帯主（納付義務者）の氏名	㊞	記号番号	07 - ※保険証を御確認ください。
電話番号 (必ず記入してください。)		主たる生計維持者の氏名	

減免を申請する期間	令和2年2月分 ~ 令和3年3月分 ※ただし、墨田区の国民健康保険料が賦課されている期間に限る。
減免を申請する保険料の額	減免を申請する期間の合計の保険料額

減免を受けようとする理由 (該当する全ての□にチェックをしてください。)		必要書類 (添付したものに○を付けてください。)
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため。	死亡診断書・医師による診断書 その他 ()
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれるため。 ※次に示す①から③までの全ての要件を満たす場合に対象となります。	令和元年の 確定申告書(控)・源泉徴収票 その他 () 令和2年の 給与明細書・月次の財務諸表・帳簿 売上台帳・預金通帳 その他 () ※事業等の廃止・失業の場合は、上記に加えて次のものを提出してください。 廃業届・離職票 その他 ()
①令和2年の事業収入等(事業収入、給与収入、不動産収入又は山林収入)のいずれかの減少額(保険金、損害賠償等により補てんされるべき金額を除く。)が、令和元年の当該事業収入等の額の10分の3以上である。 ②令和元年の所得の合計額が1,000万円以下である。 ③減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の令和元年の所得の合計額(利子所得、配当所得や雑所得等も含まれます。)が400万円以下である。		

今回の国民健康保険料の減免申請内容等について、墨田区の介護保険料及び後期高齢者医療保険料の減免の審査に必要となる場合は、担当部署へ提供することに同意します。
 情報提供に同意しない場合は、□にチェックをしてください。 □同意しない。
 なお、上記目的以外で、第三者へ情報を提供することは一切ありません。

収入等減少事由記入欄 [※令和2年1月以降の収入状況等を記入してください。]

--

(注意事項)
 虚偽その他不正に申告をして保険料の減免を受けた場合は、減免を受けた額の5倍に相当する額の過料に処せられることがあります(墨田区国民健康保険条例第29条)。