

--	--	--	--	--	--

R 4 保険料減免に関する申請書（新型コロナウイルス関連）

以下の通り、新型コロナウイルス感染症により被害を受けましたので、長野県建設国民健康保険組合保険料免除規程に基づき、保険料の免除を申請します。

年 月 日

記号番号	建 ー	組合員氏名	
組合員の生年月日	S・H 年 月 日	組合員のマイナンバー	
現住所			
令和4年の被害の程度 (○印) 4月から12月が対象になります。	新型コロナウイルス感染症により、以下のいずれかに該当する組合員 <input type="checkbox"/> ①組合員が死亡 <input type="checkbox"/> ②組合員が入院治療を受けた		
添付書類 (該当欄に✓)	<input type="checkbox"/> 葬祭費の添付書類等（上記①） <input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書等（上記②） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

※組合員以外の方が申請する場合は代理人となり、委任状が必要となります。

確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（組合員・他）	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	身元確認者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証（組合員・他）		<input type="checkbox"/> 代理人	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		（ ）	

長 建 国 保 処 理 欄	保険料区分	種	種
	家族数	成人 人 / 減額 人	成人 人 / 減額 人
	月額保険料	円	円
	対象月数	ヵ月	ヵ月
	減免期間	年 月 ~ 年 月まで	ヵ月間
減免額	合計	円	

※) この申請は令和5年1月31日までに所属の組合に届け出てください。それ以降の申請はできません。