

新型コロナウイルス感染症に感染された組合員の皆様へ

新型コロナウイルス感染症に感染された組合員の方が、次の要件を満たすときは、**保険料が減免**となります。

【保険料の減免の対象となる方】

- ・ 治療開始日が令和3年2月28日までである方
- ・ 治療期間が1か月以上である方
(○6月15日～7月14日 → 1か月以上となります。)
(×6月15日～7月13日 → 1か月以上なりません。)

【減免期間】

- ・ 治療日の開始日が属する月～治療日の終了日の翌日の属する月の前月
(ただし、令和2年1月分～令和3年2月分の保険料に限ります。)

【減免割合】

- ・ 組合員負担分（報酬月額分・賞与分）の全額

【申請方法】

- ・ 申請書の「組合員記入欄」に必要事項を記入してください。
- ・ 医師に、申請書の「医師の証明書」欄への記入を依頼してください。
(新型コロナウイルス感染症の治療期間が確認できる診断書等を添付していただいても差し支えありません。)
- ・ 申請書の提出は、**必ずお勤めの事業所を通じて**行ってください。

※ご留意いただきたいこと

医師の証明を受ける場合は、別途費用がかかりますので、ご注意ください。

新型コロナウイルス感染症による国民健康保険料減免申請書

新型コロナウイルス感染症により1か月以上の治療を有したので、組合員負担分保険料の減免を申請します。

○組合員記入欄		申請日	令和	年	月	日			
記号・番号	71-	組合員氏名	(印)						
		署名される場合は押印不要です。							
減免を受けようとする期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日

※1 「減免を受けようとする期間」欄は、医師が証明した新型コロナウイルス感染症の治療期間（1か月以上）を記入してください。

※2 減免期間は、減免を受けようとする期間の開始日の属する月から終了日の翌日の属する月の前月までとなります。ただし、令和2年1月分から令和3年2月分までの保険料に限ります。

○医師の証明書

患者氏名	生年月日	昭和	年	月	日				
		平成	年	月	日				
新型コロナウイルス感染症の治療期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
<p>上記のとおり治療したことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関等 名称</p> <p style="text-align: center;">医師 氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>									

※上記の内容が確認できる書類（診断書の写し等、医師の証明のあるものに限ります。）を添付して提出する場合、この「医師の証明書」欄は記入不要です。

上記のとおり当該保険料減免について確認したので提出します。

令和 年 月 日

所在地
事業所
名称
事業主
氏名 (印)

全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

※この申請書は、必ず事業主を通じて提出してください。