

令和2年7月

組合員 各位

京都府建設業職別連合国民健康保険組合

新型コロナウイルスによる国民健康保険料の減免申請の開始について

新型コロナウイルス感染症の影響により前年対比で3割以上の収入の減少が見込まれる組合員は国民健康保険料の減免対象となる場合があります。

詳細については、別添「組合員の皆様へお知らせ」をご覧くださいとともに、ご自身が所属する支部事務所にお問い合わせください。

組合員の皆様へお知らせ

国民健康保険料の減免申請を8月1日(土)から開始いたします。

新型コロナウイルス感染症の影響により
次の要件を満たす方は、保険料が減免となります。

保険料の減免の対象となる方

- ①新型コロナウイルス感染症により、組合員が死亡し、又は重篤な傷病を負った世帯の方
⇒保険料を全額免除
- ②新型コロナウイルス感染症の影響により、一定基準の収入の減少が見込まれる世帯の方
⇒保険料を全額免除又は一部を減額

※保険料が減免される具体的な要件

○組合員の事業収入や給与収入など、収入の種別ごとにみた収入のいずれかが、前年に比べて10分の3以上減少する見込みであること。

⑨：申請には、令和元年の年間収入額と令和2年5月から7月までの収入額が確認できる書類が必要です。(令和2年の年間収入見込額の算定に用いる期間は5月から7月を基本としますが、多様な就労状況を考慮し、その期間の前3箇月を含む連続3箇月も可能とします。)

○保険料の減免額は、保険料額に事業収入等に係る減少率に応じて下記の減免割合をかけた金額です。

事業収入の減少率(※)	保険料の減免割合
5/10以上	全額
5/10未満4/10以上	3/4
4/10未満3/10以上	2/4

※減少率→収入減少額/前年収入額

<申請先・申請期限等>

- 1 申請期限 令和2年9月30日(水)
- 2 申請先 所属支部
- 3 その他 ご自身が減免の対象となるかどうかや申請に必要な書類等については、所属の支部事務所までお問い合わせください。

令和 2 年 月 日								
理事長	専務理事	常務理事	事務長	担当	☐ 承認 ☐ 不承認	支部 確認 欄	事務長	担当

国民健康保険料減免申請書

被保険者証 記号番号		職 ー		電話番号			
郵便番号・住所		〒					
組 合 員 氏 名							
減 免 申 請 理 由		新型コロナウイルス感染症による組合員の ☐ 死亡 ☐ 重篤な傷病 ☐ 収入減少					
申告内容	国民健康保険の組合員に収入の減少がありますか			☐ はい ☐ いいえ			
	組合員の前年の収入金額を記入してください			円			
	減少率は前年に比べ ☐ 5/10以上 ☐ 4/10以上5/10未満 ☐ 3/10以上4/10未満						
	収入の減少原因は上記感染症によるものですか			☐ はい ☐ いいえ			
	減少した収入区分はどれですか ☐ 事業収入 ☐ 山林収入 ☐ 給与収入						
	減少理由は何ですか						
収入状況	項 目	令和 2年分 (収入金額)		減 免 率 の 算 出			
	2 月	円		5月から7月の3箇月の和に4を乗じた額を令和2年の見込額とする。(賞与見込がある場合は加算) (令和2年收入見込額－元年收入) ÷ 元年收入 ＝▲3/10以上			
	3 月	円					
	4 月	円					
	5 月	円					
	6 月	円		年間見込賞与額 円			
	7 月	円					
	3箇月合計		円		令和2年見込収入合計		円
※ 前年対比で収入が減少したことが比較可能な書類を添付してください。							
添 付 書 類							
上記のとおり国民健康保険料の減免を申請します。 提出書類を含め虚偽の申告その他不正な行為はありません。 記入内容が事実と異なる場合は、保険料の減免の決定を取り消され補助金を返還することに同意します。資格の異動による減免保険料の精算については了承いたします。 令和 2 年 月 日 組合員氏名 印							

上記の申請を適正と認めます。

令和 2 年 月 日

支部名

支部長

印

京都府建設業職別連合国民健康保険組合
理事長 上 野 浩 也 殿

< 記入例 >

令和	年	月	日						
理事長	専務理事	常務理事	事務長	担当					
					☐ 承認 ☐ 不承認		支部 確		
							事務長 担当		

①【確定申告B】
収入金額等の営業等⑦欄
または
②【源泉徴収票】支払金額の欄

国民健康保険料減免申請書			
被保険者証 記号番号	職 24 — 0001	電話番号	000-000-0000
郵便番号・住所	〒 604-8804 京都市中京区壬生坊城町24番地1		
組合員氏名	職別 太郎		
減免申請理由	新型コロナウイルス感染症による組合員の ☐ 死亡 ☐ 重篤な傷病 ☒ 収入減少		
申告内容	国民健康保険の組合員に収入の減少がありますか		☒ はい ☐ いいえ
	組合員の前年の収入金額を記入してください		1,000,000 円
	減少率は前年に比べ		☐ 5/10以上 ☒ 4/10以上5/10未満 ☐ 3/10以上4/10未満
	収入の減少原因は上記感染症によるものですか		☒ はい ☐ いいえ
	減少した収入区分はどれですか		☒ 事業収入 ☐ 山林収入 ☐ 給与収入
	減少理由は何ですか		売上等の減少（令和2年6月から）
			休職（令和2年5月1日から令和2年7月1日まで） 休業（令和2年5月1日～6月1日）等
収入状況	項目	令和 2年分（収入金額）	減免率の算出
	2月	円	5月から7月の3箇月の和に4を乗じた額を令和2年の見込額とする。（賞与見込がある場合は加算） （令和2年収入見込額－元年収入）÷元年収入 ＝ 3/10以上 例：（1,000,000－530,000）÷1,000,000＝0.47
	3月	円	
	4月	円	
	5月	50,000 円	年間見込賞与額 50,000 円
	6月	50,000 円	
	7月	20,000 円	
3箇月合計		120,000 円	令和2年見込収入合計 530,000 円

※ 前年対比で収入が減少したことが比較可能な書類を添付してください。

添付書類	例) 令和元年→確定申告書の写し／給与所得の源泉徴収票の写し 令和2年→売上帳、帳簿の写し／給与証明書、給与明細書の写し
------	---

上記のとおり国民健康保険料の減免を申請します。
提出書類を含め虚偽の申告その他不正な行為はありません。
記入内容が事実と異なる場合は、保険料の減免の決定を取り消され補助金を返還することに同意します。資格の異動による減免保険料の精算については了承いたします。

令和 2 年 8 月 17 日 組合員氏名 職別 太郎 印

上記の申請を適正と認めます。

令和 2 年 8 月 25 日

支部名

〇〇〇支部

支部長

〇〇〇〇

印

京都府建設業職別連合国民健康保険組合

理事長 上野 浩也 殿

ご捺印をお願いいたします