

中 建 国 保 に 加 入 し て い る 皆 様 へ

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、**令和4年度の
国民健康保険料が減免**となります。

【保険料**減免の対象**となる世帯・期間】

対 象 と な る 世 帯	対 象 と な る 期 間
令和4年4月1日から令和5年3月31日までの期間に、組合員が新型コロナウイルス感染症にかかった世帯	組合員が新型コロナウイルス感染症にかかった月から 1ヵ月間

【届出に**必要な書類**】

- ① 新型コロナウイルス感染症にかかる国民健康保険料の減免に関する申請書（次ページの申請書です）
 - ② 保健所等発行の「就業制限通知書」「就業制限解除通知書」「医師の届出に基づく通知書」等、新型コロナウイルス感染症にかかったことが確認できる書類
- ※ 新型コロナウイルス感染症にかかったことにより傷病手当金の支給を受けた場合は、傷病手当金支給申請書の医師の証明により確認を行いますので、②の書類は不要です。

【留意事項】

令和4年度中に新型コロナウイルス感染症により保険料減免の対象となり、年度内に再度かかった場合には、かかった月より保険料減免の対象とします。

【申請書の**提出期限**】

令和5年4月25日に中建本部に届いている必要があります。お早めに各支部・出張所にご提出ください。

詳しくは所属の支部・出張所にお問合せください。

令和4年度新型コロナウイルス感染症にかかる国民健康保険料の減免に関する申請書

組 合 員 （ 申 請 人 ） が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号番号	9 0 -								枝番 0 1	
	組合員の氏名										
	組合員の現住所										
	保険料月額										円
	減免を必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員が新型コロナウイルス感染症と診断された									
	新型コロナウイルス 感染症の診断日	令和		年		月		日			
	添付書類の名称 (該当する□欄にレ印 をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 就業制限通知書		<input type="checkbox"/> 就業制限解除通知書		<input type="checkbox"/> 医師の証明書		<input type="checkbox"/> 療養証明書			
		<input type="checkbox"/> 医師の届け出に基づく通知書		<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書の写し (中建国保様式給付第19号)		<input type="checkbox"/> その他 ()					
	申請年月日	令和		年		月		日			
	上記のとおり申請します。										
中央建設国民健康保険組合 理事長 殿											

支 部 記 入 欄	上記の申請は、事実と相違ないので進達します。
	令和 年 月 日 支部長 _____ (印)

本 部 記 入 欄	対象となる期間	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルスに罹患した月の1ヵ月
	減免期間	令和 年 月分の 1ヵ月間
	減免額	合計 円

※ 算定の内訳は別紙に記載。

取扱職員	経理係長	総務課長	総務課 処理

本部受理		年 月 日				
決 裁	常務理事	事務局長	事務局次長	資格課長	係長	取扱職員