

組合員の皆様へ

令和4年度新型コロナウイルス感染症に係る 国保保険料の減免措置について

埼玉県歯科医師国民健康保険組合に加入している組合員で、新型コロナウイルス感染症の影響により、事業収入、又は給与収入の減少額が一定の基準に該当した方等は、国民健康保険料が減免されます。

以下の内容をご確認いただき、減免の対象に該当する組合員は、別紙の申請様式と申請する際に必要な書類を添付してご申請ください。

なお、ご不明な点がございましたら組合事務局（TEL048-829-2325）までご連絡ください。

1 減免の対象となる世帯

次の基準に該当している方は、保険料が減免されます。

- (1) 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者（※）が死亡した世帯

※ 主たる生計維持者が本組合の組合員で、その組合員の死亡により世帯全員が本組合の資格を喪失する場合は、喪失する月の前月分までの減免となります。

- (2) 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が重篤な傷病（※）を負った世帯

※ 重篤な傷病とは、生命維持装置や1か月以上の治療を有すると認められるなど、新型コロナウイルス感染症の病状が著しく重い場合をいいます。

- (3) 新型コロナウイルス感染症の影響により、組合員の令和4年1月～12月の事業収入、又は給与収入の額が、令和3年1月～12月の当該事業収入等の額より3割以上減少した世帯

2 減免の割合

- (1) 対象となる世帯が1 (1) 又は1 (2) の場合 【国保保険料を全額免除】

- (2) 対象となる世帯が1 (3) の場合

- ① 令和4年1月～12月の事業収入等の額が、令和3年1月～12月の当該事業収入等の額より5割以上減少した場合 【国保保険料を全額免除】

- ② 令和4年1月～12月の事業収入等の額が、令和3年1月～12月の当該事業収入等の額より4割以上5割未満減少した場合
【国保保険料の全額の3/4を減額】

- ③ 令和4年1月～12月の事業収入等の額が、令和3年1月～12月の当該事業収入等の額より3割以上4割未満減少した場合
【国保保険料の全額の2/4を減額】

3 減免の対象となる保険料

令和4年度分（令和4年4月分から令和5年3月分）の保険料。

4 保険料返還の方法

徴収した保険料を一括返還とする予定。

5 必要な手続き

- (1) 1の減額の対象となる世帯に該当する場合は、事前にお電話にてお問い合わせください。
- (2) 申請には「新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険料減免申請書」が必要で、事業収入又は給与収入のいずれかが減少した場合には「国民健康保険料減免に伴う事業収入等申告書」も必要となります。

6 申請に必要な添付書類

- (1) 対象となる世帯が1(1)の場合 【死亡診断書】
- (2) 対象となる世帯が1(2)の場合 【医師の診断書】
- (3) 対象となる世帯が1(3)の場合
【事業収入の場合、該当する年の収入状況が確認できる確定申告書の写し】
【給与収入の場合、該当する年の源泉徴収票の写し】

7 申込締め切り日

令和5年2月28日（火）必着とします

なお、申込締め切り日までに申請ができない場合は、必ず事務局までご連絡ください。

8 その他

以下のような、新型コロナウイルスの影響による収入額の減少ではない場合は、減免の対象とはなりません。

- (1) 診療所を廃院及び休業をしたので、収入が減少した。
- (2) 雇用形態（常勤から非常勤）が変わったので、収入が減少した。
- (3) 他の病気で入院や休職をしたので、収入が減少した。
- (4) 新型コロナウイルスの影響ではないが、収入が減少した。

（問合せ先）
埼玉県歯科医師国民健康保険組合
TEL 048-829-2325

理 事 長	常務理事	事務長	課 長	係

令和4年度 新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険料減免申請書

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号			組 合 員 種 別	第1種 ・ 第2種
組 合 員 氏 名	男 ・ 女		生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日
減免を申請 する 理 由	(該当する箇所を○で囲んでください。) 1 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たため 2 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が重篤な傷病を負ったため 3 新型コロナウイルス感染症の影響により、組合員の令和4年1月～12月の事業収入又は給与収入の額が、 <u>令和3年1月～12月</u> の当該事業収入等の額より、3割以上減少したため			
保険料を還付 する 振 込 先	銀 行 名		支 店 名	
	預金種類	普通 ・ 当座	口座番号	
	(カタカナ) 口座名義人			

※ 必ず裏面の証明書類の添付をお願いします。

上記のとおり保険料の減免を申請します。

令和 年 月 日

組合員住所 〒

組合員氏名

⑩

※ 上記の申請者が第2種組合員(従業員)の場合は、下記に第1種組合員(事業主)の記入をお願いします。

診療所住所 〒

事業主氏名

⑩

埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

＜ 申 請 す る 際 の 添 付 書 類 等 ＞

1 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た世帯

【添付書類】 死亡診断書

2 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が重篤な傷病を負った世帯

【添付書類】 医師の診断書

※ 重篤な傷病とは、1 か月以上の治療を有すると認められるなど、新型コロナウイルス感染症の病状が著しく重い場合をいう。

3 新型コロナウイルス感染症の影響により、組合員の令和4年1月～12月の事業収

入又は給与収入の額が令和3年1月～12月の当該事業収入等の額より、3割以上減

少した世帯

(1) 該当する年の収入状況が確認できるもの

【添付書類】 確定申告書の写し、源泉徴収票の写し等

(2) 事業収入等が減少した期間の収入状況が確認できるもの

【添付書類】 国民健康保険料減免に伴う事業収入等申告書【別紙】

**令和4年度 国民健康保険料減免に伴う事業収入等申告書
(新型コロナウイルス感染症影響分)**

令和 年 月 日

(記号・番号) _____

(組合員氏名) _____

(連絡先) _____

前年及び本年の年間収入額は、以下のとおりです。

※ 該当する項目をチェックしてください。

項 目	令和3年実績額(1月から12月)	令和4年実績額(1月から12月)
☐ 事業収入	円	円
☐ 給与収入	円	円

(内 訳)

月 別	令和3年実績額	令和4年実績額	差引額
1 月	円	円	円
2 月	円	円	円
3 月	円	円	円
4 月	円	円	円
5 月	円	円	円
6 月	円	円	円
7 月	円	円	円
8 月	円	円	円
9 月	円	円	円
10 月	円	円	円
11 月	円	円	円
12 月	円	円	円
合 計	円	円	円

※ 内訳には各年の実績額を全て記載していただき、その額の元となる確定申告書や源泉徴収票等の写しを必ず添付してください