

決 裁	理事長	常務理事	事務局長	課長	係
	令和 年 月 日 決定				

新型コロナウイルス感染症の影響による国民健康保険料減免申請書

記 号 ・ 番 号	8 6 - .			
組 合 員 氏 名		性 別	1. 男 2. 女	
生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日	種 別	第 種 組 合 員	
申 請 理 由				
上記のとおり証拠書類を添えて申請いたします。 令和 年 月 日 組 合 員 住 所 〒 氏 名 電 話 (.....) 東京都医師国民健康保険組合理事長殿				

※この申請書には、減額・免除を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。

事業主確認欄 ※事業主が申請の場合は記入不要 1. 上記の記載内容に誤りがないことを確認いたしました。 事業主 (医師組合員) _____

還付金振込先

送 金 指 定 先	金 融 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合								本 店	
	銀行コード									支 店	
	口座の種類	普通(総合)・当座		口座番号						出 張 所	
	フリガナ									
	口座名義人									

執 行 印

処 理 印

受 付 印