

理事長	常務理事	事務長	担当	台帳登録	支給伝票	支給年月日	支給決定額
							円

## 国民健康保険料減免申請書

被保険者証 記号・番号	岡302・									
組 合 員	氏 名						生年月日	年 月 日		
	性 別	男 ・ 女					電話番号			
	種 別	<input type="checkbox"/> 第1種組合員（75歳未満の医師） <input type="checkbox"/> 第2種組合員（従業員） <input type="checkbox"/> 第3種組合員（75歳以上の医師）								
	罹災住所	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 医療機関					〒			
申 請 理 由										

岡山県医師国民健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、組規約第27条に基づき、罹災証明書を添えて申請します。

平成 年 月 日

〒

第1(3)組合員 住 所  
氏 名

⑩

※ 保険料引口座以外をご指定の場合のみ、下記「振込指定金融機関」に記入してください。

振込指定 金融機関	名 称			支店・支所	
	種 別	1. 普通	2. 当座	口座名義人(カナ)	
	口座番号			口座名義人(漢字)	

組 合 使 用 欄	被災状況	減免期間	年月	医療基礎分	支援金分	介護分	高齢組合員分	合計
	<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 大規模半壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部損壊 <input type="checkbox"/> 床上浸水	ヶ月	平成30年07月分					
			平成30年08月分					
			平成30年09月分					
			平成30年10月分					
			合計					