

組合員の皆様へお知らせ



(医療法人・非保険診療者・矯正標榜者含む)

◎医療法人(各医療機関ごと)・非保険診療者が、前年の医業収入額に1,000分の6.5を乗じた額が、390,000円に満たない場合は、所得割賦課額の変更申請を行うことができます。

変更申請は、「保険料調定変更申請書(様式1号)」に直近の確定申告書等医業収入がわかる書類を添付して沖縄県支部に提出してください。

ただし、変更申請は当年6月末迄とし、年1回とします。

※様式は全国歯科医師国民健康保険組合の組合員専用ページよりダウンロード可能です。

<https://www.zensikokuho.or.jp/kumiai/index.html>

全国歯科医師国民健康保険組合沖縄県支部

〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川 218 番地 1

[TEL:098-996-3571](tel:098-996-3571) FAX:098-996-3571