

国民健康保険基準収入額適用申請書

(フリガナ)				被保険者証の記号・番号			
世帯主氏名				記号		番号	
生年月日	年	月	日生	電話番号	—	—	
住所							
〒							
個人番号							

被保険者氏名			
	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
個人番号			
年中の収入	公的年金 (老齢基礎年金、 老齢厚生年金、 退職厚生年金、 退職年金等)	_____ 円	_____ 円
	給与 (パート収入等含)	_____ 円	_____ 円
	年金・給与以外の収入 () 収入	_____ 円	_____ 円
	合計	_____ 円	_____ 円

(注)

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、同一世帯の70歳以上の被保険者及び旧国保被保険者(国保被保険者から後期高齢者医療制度へ移行した方)それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等)は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額を確認できる所得(課税)証明書等の収入額を確認できる書類を添付してください。
 なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明できる書類の発行されていない収入については添付不要です。

岩内町長 様

上記のとおり、関係書類を添えて負担区分判定に係る収入額を申請します。

年 月 日

申請者 氏名