

国民健康保険 基準収入額適用申請書

(ふりがな)		被保険者証の 記号番号	我
世帯主氏名			
生年月日		性別	
	昭和 年 月 日	電話番号	
住所	〒 - 我孫子市		

氏名				
平成 年中 の 収入	公的年金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	円	円	円
	給与 (パート収入等含)	円	円	円
	年金・給与以外の収入 () 収入	円	円	円
	合計	円	円	円

- ・市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる70歳以上の被保険者の方(65歳以上で老人医療の障害認定を受けている被保険者の方も含む)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、退職金及び課税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表、給与源泉徴収表、収入金額が記入されている確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得(課税)証明書等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、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。
- ・平成 年中の収入欄にすでに印字されている収入については証明書等の添付は必要ありません。

我孫子市長様

上記のとおり、関係書類を添えて国民健康保険の負担区分判定に係る収入額を申請します。

平成 年 月 日

申請者

氏名

印