

国民健康保険 基準収入額適用申請書

(ふりがな) 世帯主氏名		被保険者証 記号番号	滋彦
生年月日		性別	男 ・ 女
	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生	電話番号	-
住所	〒		

	被 保 険 者 氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
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

(注)

- ・市県民税が課税されている・いないにかかわらず、同一世帯内におられる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、災害弔慰金など)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。
(ただし、1月1日において当市に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類不要です。)