

様式第7号の(3)(第11条の3関係)

国民健康保険基準収入額適用申請書

第 号
年 月 日

(ふりがな) 世帯主氏名	-----	被保険者証の 記号番号	
生年月日	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
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 む)	円	円	円
	年金・給与以外の 収入(収入)	円	円	円
	合計	円	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みます。)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。ただし、1月1日において当町に住所がある方の公的年金収入の場合については、添付不要です。
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も添付不要です。

神川町長 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。

年 月 日

申請者 氏 名 印