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

平成　年　月　日

(フリガナ) 世帯主氏名		被保険者証の 記号・番号	
生年月日		電話番号	－　　－
住所			

被保険者氏名				
生年月日				
個人番号				
平成26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）			
	給　　与			
	年金・給与以外の収入 （　　）			
	合　　計			

（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歳以上の国保被保険者の方、後期高齢者医療制度へ移行された旧国保被保険者（６５歳以上で障害認定を受けている方も含む）の方、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記入してください。

○　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（障害または遺族に係る年金・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。

（あて先）

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

個人番号												