

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	被保険者証の記号番号											
	記号	阿賀	番号									
個人番号												
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
個人番号									
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歳以上の被保険者及び旧国保被保険者の方(国民健康保険から長寿医療制度(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。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。

上記のとおり国民健康保険の負担区分判定にかかる収入額を申請します。

平成 年 月 日

世帯主氏名 _____ 印

阿賀町長 様

記入例

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	あが たるう					被保険者証の記号番号						
	阿賀 太郎					記号	阿賀	番号	8 7 6 5 4 3 2 1			
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	昭和 20 年 1 月 1 日 生					電話番号		0254 - 92 - 3111				
住所	〒959-4402 阿賀町津川 580 番地											

被保険者氏名	阿賀 太郎					阿賀 花子																		
生年月日	昭和 20 年 1 月 1 日生					昭和 19 年 4 月 1 日生							年 月 日生											
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
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)	2,000,000 円					1,000,000 円							円										
	給与 (パート収入等含)	1,000,000 円					円							円										
	年金・給与以外の収入 () 収入	円					円							円										
	合計	3,000,000 円					1,000,000 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歳以上の被保険者及び旧国保被保険者の方(国民健康保険から長寿医療制度(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。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。

上記のとおり国民健康保険の負担区分判定にかかる収入額を申請します。

平成 28 年 1 月 1 日

世帯主氏名 阿賀 太郎 印

阿賀町長 様