

国民健康保険 基準収入額適用申請書

令和 年 月 日

(ふりがな)			
世帯主氏名		被保険者 記号・番号	
生年月日		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歳から74歳まで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ご記入してください。
- 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が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。ただし、1月1日において当市に住所のある方については添付書類は不要です。

葦崎市長 殿

上記のとおり、関係書類を添えて負担区分判定に係る収入額を申請します。

令和 年 月 日

申 請 者
氏 名

印