# 国民健康保険基準収入額適用申請書

| | | | |
|---|---|---|---|
| （ふりがな）<br>世帯主氏名 | | 被保険者<br>記号・番号 | |
| 個人番号 | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 電話番号 | |
| 住　所<br>〒 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 被保険者氏名 | | | |
| | 個人番号 | | | |
| | 生年月日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 年中の収入 | 公的年金<br>（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<br>（パート収入等含） | 円 | 円 | 円 |
| | その他の収入<br>（　　）収入 | 円 | 円 | 円 |
| | 合計 | 円 | 円 | 円 |

（注）

1　市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、同一世帯の７０歳以上の被保険者の方及び同一世帯で国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行され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。

2　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（障がい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。

3　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）証明書等の書類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がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。

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が発行されていない収入については添付不要です。

須賀川市長

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。

年　　月　　日

世帯主　住　所

氏　名

（代理人）