

専務理事	事務長		係

国民健康保険基準収入額適用申請書

(フリガナ)		被保険者証の	
組合員氏名		記号番号	
生年月日	年 月 日	電話番号	()
住所	〒		

被保険者氏名			
個人番号 (マイナンバー)			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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、退職金等)	円	円
	給与 (パート収入等含)	円	円
	年金・給与以外の収入 事業収入等 ()収入	円	円
	合計	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（同一被保険者証）におられる70歳以上の被保険者の方（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている被保険者の方も含む）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、退職金及び課税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。

関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様

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

個人番号（マイナンバー）

申請人（組合員） 氏名

㊞

--	--	--

※住民税課税標準額が145万円以上あるが、世帯に属する70歳～74歳の方の収入合計が520万円未満（1人世帯の方は383万円未満）のとき申請してください。

※70歳～74歳の方が1人で住民税課税標準額が145万円以上、収入が383万円以上あるが、同一世帯に後期高齢移行者も含めた収入合計が520万円未満のとき証明書類を添えて申請してください。