

国民健康保険基準収入額適用申請書

被保険者証番号		奈 1 3 -												
世帯主	住所													
	氏名							生年月日	年 月 日					
	個人番号													
	電話番号	- -												
被保険者氏名		①				②				③				
個人番号														
生年月日		年 月 日				年 月 日				年 月 日				
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				
<p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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歳以上の被保険者の方及び後期高齢者医療制度へ移行された旧国保被保険者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。 <p>※ ただし、1月1日において平群町に住所がある方の公的年金収入や確定申告（町民税の申告）をされている場合については、添付書類は不要です。</p>														

この申請に係る事務に必要な住民税資料の調査に承諾し、別紙必要書類を添えて、上記のとおり申請致します。

年 月 日

平 群 町 長 様

※ 申請書の提出が申請期限日を過ぎると、翌月1日からの発行となります。

役 場 記入欄	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票			
	・世帯主	・被保険者①	・被保険者②	・被保険者③

