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	
生 年 月 日	年　　月　　日	電 話 番 号	
住　　所 〒			

	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 （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歳以上の被保険者の方（６５歳以上の方で障害認定により後期高齢者医療制度に移行した方も含む）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、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日において南相馬市に住所がある方は、公的年金収入の添付書類は不要です。

福島県南相馬市長　　あて

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。

なお、私（世帯主）及び世帯員の収入額について、課税資料により確認することに同意します。

また、この確認については、世帯員の同意を得ています。

年　　月　　日

申請者

（世帯主）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個 人 番 号	