

国民健康保険基準収入額適用申請書				記入例
(ふりがな) 世帯主氏名	ミシマ タロウ 南相馬 太郎	被保険者証の記 号 番 号	日中連絡の取れる電話番号	
生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	電 話 番 号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
住 居	〇〇〇〇			
70歳以上の国保加入者及び、国保から後期高齢者医療制度へ移行された方全員を記入してください。				
令和7 年 中 の 収 入	被 保 険 者 氏 名	南相馬 太郎	南相馬 花子	
	個 人 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	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)	2,300,000 円	1,100,000 円	
	給 与 (パート収入等含)	1,000,000 円	円	
年金・給与以外の収入 (不動産)収入	600,000 円	円		
	合 計	3,900,000 円	1,100,000 円	
	※公的年金の源泉徴収票、給与所得の源泉徴収票、確定申告書等から収入金額を記載してください。(所得ではありません。)			
※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。				
(注) ○ 市に住所を有するが、市に在住しないにもかかわらず、同一世帯におられる70歳以上の被保険者の方で、市に在住しないにもかかわらず、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 門馬 和夫 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。 世帯主の署名 申請者 (世帯主) 南相馬 太郎 令和〇年〇月〇日 個人番号〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				