

年 月 日

(ふりがな) 世帯主氏名		被保険者証 記号番号	
生年月日	年 月 日生	電話番号	
住 所			
〒			

被 保 険 者 氏 名				
生 年 月 日		年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
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 (パート収入等を含む。)	円	円	円
	年金・給与以外の収入 ( )収入	円	円	円
	合 計	円	円	円

(注)

町民税が課税されている・いないにかかわらず、同一世帯にいる70歳以上の被保険者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。

ただし、同一世帯に他の70歳以上の被保険者がいない70歳以上の被保険者で、収入額が383万円以上の方については、同一世帯にいる国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した方の氏名、生年月日及び収入額もご記入ください。

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、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、災害弔慰金など）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。

ただし、1月1日において苫前町に住所がある方の公的年金収入の場合等、公簿等によって収入額を確認できるときは、添付不要です。

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。

苫前町長 宛

上記のとおり、関係書類を添えて国民健康保険の負担区分判定に係る収入の額を申請します。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_