

国民健康保険基準収入額適用申請書

被保険者記号・番号				
(ふ り が な)				
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、退職者共済年金、老齢年金、退職年金）	_____円	_____円	_____円
	給 与 （パート収入等含む。）	_____円	_____円	_____円
	年金・給与以外の収入 （ ）収入	_____円	_____円	_____円
	合 計	_____円	_____円	_____円
	収入認定額	_____円		
備考 1 市町村民税が課税されている、いないにかかわらず、同一世帯の70歳以上75歳未満の国民健康保険の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記入してください。 2 収入額は全て記入してください。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、児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。				
年 月 日 川南町長 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。 申請者 住所 川南町大字 氏名				