

国民健康保険基準収入額適用申請書

ふりがな		被保険者	
世帯主氏名		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)

- 市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(障害または遺族に係る年金・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。ただし、1月1日において珠洲市に住所がある方の公的年金収入の場合については添付不要です。

(宛先)珠洲市長

年 月 日

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  
(世帯主)

個人番号

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)		番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他( )	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: ( ) No. ( ) 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> No. ( )	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> No. ( ) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他