

(様式1号)

# 保険料調定変更申請書

支 部

記号・番号	全歯	組 合 員 名 氏 名	

## 所得割保険料変更申請理由

年 度	令 和 年 度 分	
所得割区分	該当番号に○印をつけてください	
	1 保険診療未扱者	2 厚生局の診療科目にて矯正を標榜している
理 由	前年の医業収入額が1億円に満たないため	
必 要 書 類	法人事業主(3種提出)	個人事業主(4枚提出)
	①直近の事業年度分の確定申告書 (歯科医業以外の金額は目隠し可) ②直近の医療法人に係る所得金額の計算 ③損益計算書	①前年分の確定申告書B ②前年分の所得税青色申告決算書(一般用) ③月別売上(収入)金額及び仕入れ金額 ④前年分の所得税青色申告決算書(一般用) 付票《医師及び歯科医師用》

令和 年 月 日

施行規則第4条第3項又は第4条の2 第2項の適用により、上記の書類を添えて申請します。

組合員 千 住 所

氏 名

電話番号 (            -            - )

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

注：所得割保険料変更の申請は、当該年度の7月末日までとする。なお、申請回数は、1回とする。

所得割決定 年 額 円	支部長	支部常務	係		所得割入力



※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。