

国民健康保険基準収入額適用申請書

(ふりがな) 組合員氏名		被保険者証の 記号番号	全歯 ー
生年月日		電話番号	
住所			
〒			

	被保険者氏名			
	生年月日			
令和 2 年中 の 収入	公的年金 <small>(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)</small>	_____円	_____円	_____円
	給与 <small>(パート収入等含)</small>	_____円	_____円	_____円
	年金・給与以外の収入 <small>()収入</small>	_____円	_____円	_____円
	合計	_____円	_____円	_____円

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、同一世帯におられる70歳以上の被保険者の方と75歳以上の旧被保険者の方(当組合被保険者から後期高齢者医療の被保険者に移行した方、また65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている移行した方も含む)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。
 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の発行されていない収入については添付不要です。

全国歯科医師国民健康保険組合 県支部 御中

上記の通り、関係書類を添えて高齢受給者の負担区分判定に係る収入額を申請します。

令和 年 月 日

組合員氏名