

年度 国民健康保険料に関する所得申告書

(年 1 月 1 日から 年 1 2 月 3 1 日までの所得)

羽曳野市長 様

届出日 年 月 日

下記のとおり申告します。

世帯主	住 所	羽曳野市		
	氏 名		生年月日	年 月 日
		電話番号		

氏 名				
生年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
収入の有無		収入(あり ・ なし)	収入(あり ・ なし)	収入(あり ・ なし)
給与収入額		円	円	円
年 金	種 類	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他 ()
	収入額	円	円	円
収入なしの理由 (該当するものに チェックしてください)		<input type="checkbox"/> 失業・廃業していた。 <input type="checkbox"/> 病気・老齢のため。 <input type="checkbox"/> 扶養されていた。 (扶養者名)	<input type="checkbox"/> 失業・廃業していた。 <input type="checkbox"/> 病気・老齢のため。 <input type="checkbox"/> 扶養されていた。 (扶養者名)	<input type="checkbox"/> 失業・廃業していた。 <input type="checkbox"/> 病気・老齢のため。 <input type="checkbox"/> 扶養されていた。 (扶養者名)
		<input type="checkbox"/> 海外に居住していた。 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 海外に居住していた。 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 海外に居住していた。 <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考		<input type="checkbox"/> 上記の住所と 年 1 月 1 日現在の住所が異なる。 <input type="checkbox"/> 上記以外の居住地で申告している。 (住所)	<input type="checkbox"/> 上記の住所と 年 1 月 1 日現在の住所が異なる。 <input type="checkbox"/> 上記以外の居住地で申告している。 (住所)	<input type="checkbox"/> 上記の住所と 年 1 月 1 日現在の住所が異なる。 <input type="checkbox"/> 上記以外の居住地で申告している。 (住所)

この申告書は、国民健康保険法第 1 1 3 条及び羽曳野市国民健康保険条例第 2 6 条の 2 の規定により提出していただくものです。また、この申告の内容は後期高齢者医療保険料の賦課資料となる場合があります。
 ※給与収入額、年金収入額とは、所得税法に規定する必要経費や各種控除を差し引く前の収入額のことです。
 ※税法上の申告とは、税務署で行う確定申告または市役所で行う市府民税申告を指します。

受付者	入力印	備考欄