国民健康保険収入金額等申告書

瀬戸内市長　殿

令和　　年　　月　　日

世帯主	フリガナ 氏　名		職　業	
	住　所	〒	電話　　-　　-	

下記のとおり申告します。

被保険者			氏　名		生年月日
令和　年中の収入	営業等	種　類	1.営　業　2.農　業　3.その他事業 4.不動産　5.譲　渡 6.その他（　　）		
		収入額・所得額等	年間収入　　円	必要経費　　円	
			年間収入－必要経費　　円		
	給与収入※		※パート等含む　（年　間）　　円		
	年金収入等	種　類	1.本人の年金（国民・厚生・共済・その他（　　）） 2.遺族の年金・恩給（扶助料） 3.障害年金 4.老齢福祉・母子福祉年金 5.個人年金・その他（		
		受給額	（年　間）　　円		
	その他		（　　）　　円		
			円		
令和　年中無収入であった理由	理　由		1.失業・廃業　2.扶　養　3.学　生 4.施設に入所　5.病　気　6.その他（　　）		
	上記の理由のため下記により生活 1.雇用保険を受給　［金額　　円］ 2.預貯金の引出し　［金額　　円］ 3.仕送り　［仕送人氏名　　；続柄　　；金額　　円］ 4.同一世帯内の人の収入で生活 5.生活扶助　［金額　　円　］ 6.その他　（　　）				

※この申告により住民税の納付義務があると思われる方は、別途に住民税の申告のご案内をいたします。