国 民 健 康 保 険 収 入 金 額 等 申 告 書

瀬 戸 内 市 長　 殿

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1月1日の住所				

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	

※海外からの入国日：　　年　　月　　日

※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。